FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 2e Série N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Paralysie Générale Progressive

Pendant la Grande Guerre

(1914-1919)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 25 Octobre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DOUZAIN Emile-Charles

Né le 6 Octobre 1885, à Bruley (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse :	MM. P. PARISOT	professeur. .	*Président.*
	ROHMER	professeur. .	*Juges.*
	FAIRISE	agrégé	
	PARIS	chargé de cours .	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 **2e Série** **N° 102**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Paralysie Générale Progressive

Pendant la Grande Guerre

(1914-1919)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 25 Octobre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DOUZAIN Emile-Charles

Né le 6 Octobre 1885, à Bruley (Meurthe-et-Moselle)

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM.	P. PARISOT	professeur. .	*Président.*
	ROHMER	professeur. .	*Juges.*
	FAIRISE	agrégé	
	PARIS	chargé de cours .	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1919

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ⊕.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ⊕.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ⊕.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⊕; NICOLAS, ✻, I ⊕; PRENANT, ✻, I ⊕; F. GROSS, O ✻, I ⊕; CHRÉTIEN, I ⊕.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	WEISS, O ✻, I ⊕.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⊕.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⊕.
Hygiène	MACÉ, I ⊕.
Physiologie	E. MEYER, ✻, I ⊕.
Clinique médicale	SIMON, I ⊕.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⊕.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⊕.
Medecine légale	P. PARISOT, ✻, I ⊕.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, ✻, I ⊕.
Histologie	N.
Anatomie descriptive	ANCEL, I ⊕.
Anatomie pathologique	HOCHE, ✻, I ⊕.
Clinique médicale	ETIENNE, I ⊕.
Clinique chirurgicale	VAUTRIN, ✻, I ⊕.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, ✻, I ⊕
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FRŒLICH, ✻, I ⊕.
Physique médicale	LAMBERT, I ⊕.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	JACQUES, ✻, I ⊕, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	ANDRÉ, ✻, I ⊕, agrégé.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⊕, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	MICHEL, I ⊕, agrégé.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⊕.
Clinique des maladies des vieillards	RICHON, ✻, I ⊕, agrégé.
Pathologie interne	RICHON, ✻, I ⊕, agrégé.
Accouchements	FRUHINSHOLZ, ✻, I ⊕, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	PERRIN, I ⊕, agrégé.
Thérapeutique	PERRIN, I ⊕, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, ✻, I ⊕, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, ✻, I ⊕, agrégé.
Pathologie externe	G. GROSS, ✻, I ⊕, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	N.
Clinique d'électrothérapie	N.

Agrégés en exercice

MM. ANDRÉ, ✻, I ⊕.	MM. COLLIN, I ⊕.	MM. BINET, I ⊕.
MICHEL, I ⊕.	ROBERT, I ⊕	PERRIN, I ⊕.
RICHON, ✻, I ⊕.	BUSQUET, I ⊕.	THIRY, ✻, I ⊕.
G. GROSS, ✻, I ⊕.	LUCIEN, ✻, I ⊕.	FAIRISE, A ⊕.
FRUHINSHOLZ, ✻, I ⊕		J. PARISOT, ✻, A ⊕

Agrégés libres

MM. REMY, A ⊕, FÉVRIER, G O ✻, I ⊕, JACQUES, ✻, I ⊕,

M. H. COIFFARD, I ⊕, Secrétaire.
M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ✠, I ⊕, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection et de reconnaissance.

AUX ANCIENS DU 167e RÉGIMENT D'INFANTERIE

A MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. PARISOT

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avec l'expression de ma respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il me fait de présider ma thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. PARIS

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHARGÉ DE COURS

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et n'a pas cessé de me prodiguer ses conseils éclairés. Depuis mon arrivée à l'internat, en février 1912, mon maître m'a toujours témoigné la plus grande bienveillance et la plus grande sympathie ; qu'il reçoive ici l'assurance de mon profond attachement.

A MES JUGES

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

INTRODUCTION

Au cours de la guerre qui vient de prendre fin, un grand nombre de soldats furent envoyés en traitement à l'asile d'aliénés de Maréville; la plupart d'entre eux provenaient de la zone du front, l'établissement se trouvant à proximité de la ligne de feu.

Du 1er août 1914 au 1er août 1919, le chiffre des militaires admis fut de 819 parmi lesquels figuraient 129 paralytiques généraux progressifs. Notre maître le Docteur A. Paris, médecin chef de l'asile, ayant remarqué que les paralysies générales progressives, très souvent méconnues pendant la guerre, avaient une marche spéciale, une évolution rapide, probablement en rapport avec des appoints étiologiques donnés par la guerre, nous conseilla d'approfondir cette question et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. C'est donc le résultat de nos recherches que nous avons l'honneur de soumettre à nos juges.

Nous avons divisé ce travail en cinq chapitres.

Nous tenterons de voir d'abord comment et pourquoi

la paralysie générale progressive a été diagnostiquée tardivement; puis nous étudierons les différentes formes qu'elle a surtout affectées. Après un chapitre consacré à son évolution, nous passerons en revue les appoints étiologiques probablement donnés par la guerre; enfin, après quelques considérations médico-légales, nous fixerons les conclusions qui, logiquement, se dégageront de notre étude.

CHAPITRE I

Comment et pourquoi la paralysie générale progressive a été trop fréquemment diagnostiquée tardivement.

La paralysie générale progressive a un début réel lent et insidieux qui remonte toujours à une date antérieure au début apparent. Son invasion est graduellement insensible et il est presque impossible de fixer l'époque de son éclosion.

La période de début est nettement constituée lorsqu'on constate chez le malade l'association de troubles psychiques et somatiques essentiels, c'est-à-dire appartenant à la série paralytique. Les grands signes de l'affection sont esquissés dès cette période et c'est plutôt par leur exagération que par leur transformation que se marque le progrès de l'évolution morbide. Comme l'a dit Lasègue : « Dans la paralysie générale progressive, les troubles sont progressivement croissants, sans pourtant changer de forme ».

Il nous a paru intéressant de rechercher, d'abord si le diagnostic de paralysie générale progressive avait été fait lors de l'évacuation, chez les 129 soldats combattants admis à l'asile de Maréville au cours de la guerre; puis pour quelles raisons il n'avait pas été établi, ou il ne l'avait été que tardivement.

Nous avons résumé dans un tableau les diagnostics d'évacuation de ces 129 malades :

DIAGNOSTICS D'ÉVACUATION

Troubles mentaux	60
Paralysie générale progressive	13
En observation	11
Ethylisme	9
Fatigue	8
Epilepsie	6
Anémie progressive	6
Congestion cérébrale	4
Neurasthénie grave	4
Kleptomanie	3
Confusion mentale	2
Boulimie	1
Phénomènes hémiplégiques	1
Déchéance physique et mentale.	1
	129

Dans 13 cas seulement le diagnostic a été fait au corps; dans 60 feuilles d'évacuation, le diagnostic indiqué était bien celui de troubles mentaux, mais il n'y avait pas le moindre détail sur la nature de ces troubles, sur leur symptomatologie et il n'était jamais fait allusion aux signes somatiques cependant toujours très accusés, ce

qui fait évidemment penser que la paralysie générale progressive n'avait même pas été soupçonnée.

Enfin, dans 52 cas, le malade fut évacué pour un état pathologique banal ou mal caractérisé ou épisodique (fatigue, anémie pernicieuse, déchéance physique et mentale, épilepsie, éthylisme) qui n'était, en réalité, qu'une expression partielle de la méningo-encéphalite diffuse; mais le rapport de cause à effet ne fut jamais soupçonné.

Les troubles somatiques et psychiques étant nets et indiscutables, le diagnostic de paralysie générale progressive était fait dès l'arrivée du malade à l'asile de Maréville où beaucoup de militaires sont venus directement, ou au centre de neuro-psychiâtrie d'armée d'où ils ont été transférés à l'asile d'aliénés. Tous les paralytiques généraux traités à Maréville furent admis moins de quinze jours après l'évacuation du corps.

Pourquoi le diagnostic n'a-t-il pas été fait lors de l'évacuation ? à notre avis les raisons en sont nombreuses et nous allons les indiquer en apportant à l'appui quelques faits personnels, fruit de l'observation journalière.

1°) Rapidité de la mobilisation. — L'incorporation se fit dans des conditions de rapidité telle que la visite médicale sérieuse des hommes était impossible. Dès que la mobilisation fut ordonnée, tous les hommes mobilisables gagnèrent le dépôt indiqué par leur livret militaire dans un délai très court qui, pour la région de l'est, ne dépassa pas 48 heures. Des milliers d'hommes affluèrent dans les casernes, trop petites pour les contenir; ils furent rapidement habillés, équipés, armés et, fré-

quemment, les unités formées partaient le jour même vers la frontière. Il est évident que, dans ces conditions, la visite médicale ne pouvait avoir aucune utilité; les mobilisés défilaient devant le médecin, mais ne pouvaient être examinés avec l'attention nécessaire. Le 1er août 1914, nous eûmes à passer la visite d'incorporation à près de 700 hommes; quelle valeur pouvait-on accorder à un examen médical fait dans ces conditions ! c'était une simple formalité dont beaucoup d'hommes se dispensaient d'ailleurs.

Etant données les circonstances, il aurait été plus utile de faire cette visite médicale un peu plus tard, quand la vague allemande fut endiguée et la période critique passée.

2°) **Rôle du chef de section mal compris.** — Le chef de section, vivant en contact incessant avec ses hommes, devait évidemment mieux que personne se rendre compte des modifications qui pouvaient se produire dans leur manière de servir, dans leur attitude, dans leur allure. Il semble que, par suite, il aurait dû être un auxiliaire très utile du médecin en le tenant au courant de ses remarques et en éveillant son attention sur les faits et gestes anormaux remarqués chez certains soldats.

Pourquoi n'en fut-il pas ainsi ? D'abord parce que fréquemment, surtout dans l'infanterie, les chefs de section n'avaient pas le temps de bien connaître leurs hommes, étant donnés les changements continuels qui se produisaient dans l'effectif, par suite des pertes subies; ensuite et surtout, parce que ces gradés interprétaient

mal ce qu'ils remarquaient d'anormal. Quand un soldat devenait indolent, indifférent, ne prenant plus aucun soin de sa tenue, semblant ne pas comprendre les ordres donnés, il était rapidement considéré comme mauvais esprit, insubordonné, dangereux, et il était l'objet d'une surveillance spéciale. Jamais la question n'était soulevée de savoir si quelque maladie ne devait pas être mise en cause et le médecin n'était pas avisé.

Qu'arrivait-il alors? Le soi-disant mauvais soldat était chargé de toutes les corvées pénibles et, comme il restait indifférent, semblant opposer une résistance passive, il était continuellement puni jusqu'au jour où à la suite d'une fugue, d'un acte d'indiscipline, il était mis en prévention de conseil de guerre, ou jusqu'à l'apparition d'un ictus.

3°) **Insuffisance de la visite médicale.** — *a*) *Aux tranchées.* — Quand le régiment prenait un secteur, le médecin montait en ligne avec son bataillon et se rendait au point indiqué pour installer un poste de secours. Il avait surtout pour tâche de panser les blessés et de les évacuer le plus rapidement possible à l'arrière, soit sur le poste de secours central, soit sur le relai d'ambulance.

La visite médicale n'existait pour ainsi dire pas; et, pendant les longs mois que nous avons vécus à la tranchée, nous n'avons eu à la visite que des soldats sérieusement atteints dont l'évacuation immédiate était nécessaire.

Pour quelles raisons ? parce que les commandants de compagnie tenaient à garder leur effectif au complet et faisaient leur possible pour conserver tous leurs hom-

mes. Chaque matin, ils passaient eux-mêmes une visite sommaire, exemptant de faction ou de corvées ceux qui leur paraissaient fatigués, et menaçant de punitions ceux qu'ils considéraient comme des « carottiers »; ils n'envoyaient au médecin que les soldats ayant une fièvre élevée ou leur paraissant absolument hors d'état d'assurer leur service. Par suite, le paralytique général, qui se faisait simplement remarquer par de l'indolence, de l'indifférence, de la négligence, était rarement considéré comme malade; au contraire, il était souvent menacé de sanctions sévères et renvoyé à son poste.

Une autre raison tient au fait suivant : le soldat quittant la tranchée pour aller à la visite alors que ses camarades demeuraient au danger, devenait l'objet de quolibets incessants, était considéré comme un peureux, un lâche.

Il était donc de règle de n'avoir recours au médecin qu'en cas de nécessité absolue. En août 1915, pendant notre séjour en A..., dans le secteur de B..., nous fûmes témoin d'un fait caractéristique : un matin, le commandant d'une compagnie nous appela au téléphone et nous demanda de vouloir bien monter en première ligne afin d'examiner un certain nombre d'hommes se plaignant depuis plusieurs jours de violentes coliques et de diarrhée. Il ajouta qu'il avait un secteur difficile à tenir, qu'il avait besoin de son effectif au complet et qu'il lui était par conséquent impossible de laisser les hommes aller à la visite. Or, 35 d'entre eux avaient une température supérieure à 38°.

Comme, pendant les premières années de la guerre, la même unité restait en ligne trois, quatre, cinq mois

et plus, il est facilement compréhensible qu'une paralysie générale progressive pouvait évoluer et arriver à une période assez avancée avant d'être dépistée.

b) Au repos. — Pendant les périodes de repos, en arrière, la visite médicale était très fréquentée. Autant le soldat faisait consciencieusement son devoir en ligne, autant il avait horreur des corvées multiples, des revues de nettoyage, d'équipement, d'armes, alors qu'il se trouvait au repos ; et, pour s'en dispenser, il se présentait à la visite. C'est uniquement pendant cette période que le médecin pouvait examiner les hommes et parfois, à propos d'une consultation, sous couleur d'une maladie incidente bénigne quelconque, faire évacuer une paralysie générale progressive déjà en pleine évolution.

4°) **Insuffisance de connaissances spéciales de beaucoup de médecins militaires ou mobilisés, aide-majors, sous-aide-majors et auxiliaires notamment.** — Au début de la guerre, le service médical fut assuré par les médecins militaires de carrière, par les médecins civils mobilisés et par les médecins auxiliaires. A la suite des pertes sévères subies par le service de santé, de la formation de nouvelles unités d'infanterie, d'artillerie, le nombre des aide-majors et des médecins auxiliaires devint absolument insuffisant. C'est alors que parurent plusieurs décrets :

a) Furent nommés aide-majors, les médecins auxiliaires possesseurs de douze inscriptions, ayant au moins six mois de front et une citation à l'ordre de la division.

b) Furent nommés médecins auxiliaires, les étudiants

à huit inscriptions, chiffre qui fut ensuite abaissé à quatre inscriptions, puis à deux.

c) Enfin, vers juin 1918, on créa le grade de sous-aide-major accordé après examen aux étudiants ayant seulement six inscriptions.

Les médecins sous-aide-majors et les médecins auxiliaires furent placés sous la direction d'un aide-major; fréquemment cependant, ils étaient chefs de service dans de petites unités (compagnie de génie par exemple) ou dans des bataillons d'infanterie, assurant un intérim parfois très long.

Or, quel était le bagage médical des nouveaux promus? la plupart de ces étudiants nommés aide-majors ou sous-aide-majors n'avaient évidemment que des connaissances spéciales très insuffisantes. Les médecins auxiliaires en manquaient totalement: ils n'avaient pour eux que leur bonne volonté; ils pouvaient à la rigueur assurer le rôle du médecin au combat, c'est-à-dire panser les blessés et diriger leur évacuation : il leur était absolument impossible de faire un diagnostic.

Si maintenant nous recherchons comment fut réparti le personnel médical au cours de la guerre, nous remarquerons, qu'à partir de 1915, le service du front fut assuré presque uniquement par des médecins appartenant aux catégories dont nous venons de parler (nous entendons par service du front le service des tranchées). Si nous prenons comme exemple la division dont nous faisions partie, elle comptait en 1916, les chefs de service mis à part, quatre docteurs en médecine. Comment, dès lors, s'étonner si des erreurs de diagnostic étaient commises, si des diagnostics étaient faux?

5°) **Fréquents changements d'unité.** — Très fréquemment, des mutations étaient pratiquées d'un régiment à un autre. Tantôt, un régiment qui avait perdu une forte proportion de son effectif se reconstituait en empruntant des unités aux éléments voisins, tantôt, des mutations de spécialistes étaient effectuées. Il est évident que chaque chef de corps profitait de l'occasion offerte pour se séparer des hommes qui ne lui donnaient pas toute satisfaction.

Quelle était alors la situation du paralytique général se trouvant à la période médico-légale de la maladie? muté alors qu'il avait déjà commis quelques actes délictueux ou tout au moins des négligences dans son service, possédant un livret militaire orné d'un certain nombre de jours de prison, il était presque fatalement considéré comme un mauvais soldat à sa nouvelle formation. A chaque manquement à la discipline, à chaque faute, les punitions s'ajoutaient jusqu'au jour où, à la suite d'une mise en prévention de conseil de guerre, un examen mental était ordonné et la maladie enfin reconnue.

6°) **Insuffisances du personnel de surveillance des services de détenus en prévention de conseil de guerre.** — En réalité, ce personnel de surveillance n'existait pas officiellement; il changeait constamment et il ne possédait pas les notions les plus élémentaires en fait de médecine mentale. Quelques mots sur la manière dont s'exerçait cette surveillance suffiront pour nous le prouver.

A notre division, lorsqu'un soldat était l'objet d'une plainte en conseil de guerre, il passait provisoirement

à une compagnie spéciale, sorte de compagnie de discipline qui restait toujours en ligne. Les hommes qui en faisaient partie ne tenaient pas la tranchée, mais ils avaient à accomplir de nombreuses corvées : transport des munitions, aménagement des boyaux de communication, pose de réseaux de fils de fer, etc. Pour garder ces préventionnaires, les commandants de compagnie fournissaient un certain nombre de soldats et quelques gradés énergiques sachant se faire craindre et obéir. Le paralytique général envoyé dans cette compagnie n'avait pour ainsi dire aucune chance d'être découvert pendant toute la durée de son séjour, puisque tous les actes anormaux qu'il pouvait commettre devaient être considérés par ses gardiens comme une preuve de simulation ou d'insubordination.

7°) **Insuffisance des instructions de l'autorité supérieure relatives aux mesures précautionnelles à prendre avant envoi d'un militaire en conseil de guerre.** — Dès qu'un soldat se rendait coupable d'une faute quelconque, faute contre la discipline par exemple, ou dès qu'il commettait un acte délictueux, il était puni de prison par son chef direct qui rendait compte à l'échelon supérieur en demandant habituellement une augmentation de peine. Si la faute était grave, une plainte en conseil de guerre était établie et le prévenu était envoyé à la compagnie spéciale dont nous venons de parler, ou il était remis à la prévôté de la division et enfermé dans des locaux disciplinaires jusqu'à sa comparution devant le conseil de guerre.

Très rarement, le médecin était appelé à examiner le

détenu; souvent, c'est après la condamnation qu'un examen mental était ordonné. Au cours de sa prévention, le paralytique général commettait des actes délictueux, absurdes, incohérents, ainsi que nous le verrons dans les observations qui suivent : en ce cas, il était question de supercherie, de simulation et l'hypothèse de maladie n'était pas envisagée ou ne venait que tardivement.

Si, chaque fois qu'un acte de ce genre avait été commis, le médecin avait pu intervenir, bien des plaintes en conseil de guerre n'auraient pas eu de suite, bien des condamnations injustifiées auraient pu être évitées.

Notons qu'à la fin de 1918, une amélioration sérieuse a été apportée. Depuis cette date, tous les préventionnaires en conseil de guerre sont soumis à un examen mental fait par un spécialiste; cette constatation n'enlève aucune valeur à ce que nous avançons, puisque la nouvelle procédure a été appliquée quelques mois à peine avant l'armistice.

Nous devons aussi noter l'insuffisance fréquente des connaissances des membres des parquets militaires. Pris souvent au hasard, ne possédant pas de connaissances spéciales, ils se contentaient des renseignements qui leur étaient fournis et donnaient une suite à toutes les affaires alors que, fréquemment, ils auraient pu éviter l'erreur judiciaire en demandant un examen mental. Combien d'aliénés, déments précoces, paralytiques généraux, confus mentaux primitifs, etc., ont ainsi été condamnés et n'ont été reconnus malades que plus ou moins longtemps après la condamnation !

8°) **Négligence presque constante des troubles somatiques.** — Enfin nous avons été frappé par ce fait que les troubles somatiques passaient presque toujours inaperçus, même par les médecins qui décidaient l'évacuation. Comme de nombreux malades arrivaient à l'asile quelques jours après l'évacuation du corps avec une dysarthrie telle que la parole était devenue un bredouillement presque inintelligible, il semble que les troubles du langage auraient dû être constatés facilement et signalés, d'abord par les camarades et par les gradés, puis par le médecin. Il n'en a cependant rien été : toutes les notes médicales l'attestent. Sur 129 paralytiques généraux, les troubles somatiques n'ont été signalés que treize fois.

Non seulement la paralysie générale progressive n'a presque jamais été diagnostiquée par les médecins qui décidèrent l'évacuation ; mais, dans la grande majorité des cas, elle ne fut même pas soupçonnée. Les observations qui vont suivre sont d'ailleurs fort démonstratives; nous les devons toutes à l'obligeance du Docteur A. Paris, médecin-chef de l'asile.

OBSERVATION I

C... (M.), 44 ans, sapeur (charpentier). Mobilisé le 8 août 1914. Evacué de son corps le 25 février 1918 pour « Kleptomanie ». Entré à l'asile le 27 février 1918. Décédé le 14 février 1919 (Congestion pulmonaire).

Rapport médical joint à la feuille d'observation : « C... ne paraît plus jouir de la plénitude de ses facultés mentales; il se livre à des vols de menus objets, de linge, cuirs, etc., soit au préjudice de ses camarades, soit au préjudice de la population civile. Robuste, bien constitué, il semble que l'on doit éliminer d'office

la paralysie générale; pas de bredouillement. Il semble que l'on se trouve en présence d'un cas de kleptomanie ».

Rapport du commandant de compagnie : « Depuis le 20 janvier, C... donne des signes de dérangement cérébral; il ne dort plus, erre toutes les nuits, soit dans les baraquements, soit dans le village, en quête de tout ce qu'il peut ramasser : vieux chiffons, vieux cuirs, outils cassés. A toutes questions ou menaces de punitions, il ne répond que par des phrases vagues et sans aucun sens. Sur le chantier, il ne travaille pas et il trompe la surveillance pour rentrer au cantonnement, sans aucune raison.

Tout ce que ses camarades laissent traîner est immédiatement pris par lui. Il profère des menaces contre ceux qui retrouvent des objets leur appartenant, objets que souvent il place sur son lit sans chercher à les dissimuler. Le 19 février 1918, il est rentré dans sa chambre, vers deux heures du matin, porteur d'un tas de vieux chiffons auxquels il a mis le feu; deux sapeurs purent heureusement éteindre les flammes qui avaient gagné son lit. Le 20 février 1918, sur le chantier, devant ses camarades, il s'est déchaussé, a lavé ses chaussettes dans l'eau servant à gâcher le ciment, puis il s'est mis à boire de cette eau ».

A l'arrivée à l'asile : « Affaiblissement intellectuel global avec altération de la mémoire des faits récents et de la volonté, idées niaises de contentement et de force physique, excitation cérébrale; signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Non seulement le diagnostic de paralysie générale progressive n'a pas été fait lors de l'évacuation du corps, mais il a été rejeté d'office; cependant C... présentait un affaiblissement intellectuel très accusé, se livrait à de nombreux actes absurdes, incohérents, enfantins, et les signes somatiques étaient très nets.

Le malade ayant été évacué par un camarade sous-aide-major, n'est-ce pas une preuve que beaucoup de

sous-aide-majors et de médecins auxiliaires n'avaient aucune idée de ce qu'était la paralysie générale progressive ?

A remarquer que C... a été conservé plus d'un mois au corps alors que l'on avait cependant constaté nettement qu'il commettait les actes les plus déraisonnables, actes qui, pour nous, permettaient de penser déjà à une seconde période de paralysie générale progressive.

OBSERVATION II

M .. (M.), 42 ans, fantassin (peintre). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 9 juillet 1917 pour « En observation ». Entré à l'asile le 15 juillet 1917.

Renseignements fournis par le corps : « Vers fin 1916, de très bon soldat qu'il était, devint nerveux, tapeur, indiscipliné et se mit à boire.

En janvier 1917, fut affecté à une formation sanitaire qu'il demanda rapidement à quitter, sous prétexte que tout le monde lui en voulait. A plusieurs reprises, alla trouver son capitaine, se plaignant que des complots étaient tramés contre lui et qu'on en voulait à son honneur. Au début de juillet, manifesta une agitation anormale dans ses gestes et dans ses paroles Comme son détachement traversait un bois, il prétendit qu'on voulait lui jouer un mauvais tour et, voyant le sergent qui était en tête de la colonne causer aux hommes qui l'entouraient, il crut qu'on parlait contre lui. Pour se mettre en garde contre toute surprise, il resta quelques pas en arrière, défit un paquet de cartouches et chargea son fusil.

Après des périodes où il manifestait de l'excitation cérébrale, se renfermait dans un mutisme absolu ».

A l'arrivée à l'asile : « Délire de persécution avec signes organiques de paralysie générale progressive Achoppement de la parole; tremblement fibrillaire des muscles de la langue; réflexe photo-moteur nul ».

Maladie méconnue. Voilà un soldat considéré par ses chefs comme très dévoué et animé du meilleur esprit qui devient nerveux, indiscipliné, buveur, et qui manifeste des idées de persécution très accusées. Il demande à quitter sa formation pour fuir ceux qu'il suppose être ses ennemis et les mêmes idées reparaissent dès son arrivée à une nouvelle unité. Ces troubles ne pouvaient passer inaperçus des gradés et ils auraient dû être signalés au médecin dès leur apparition.

D'autre part, la simple note « en observation » portée sur la feuille d'évacuation semble indiquer que M... était considéré comme malade depuis peu de temps, alors qu'il paraît certain qu'il l'était depuis plus de six mois.

OBSERVATION III

T... (J.), 41 ans, artilleur (maître d'hôtel), mobilisé le 1er août 1914. Evacué de son corps le 28 décembre 1917 pour « En observation ». Entré à l'asile le 15 février 1918. Décédé le 20 octobre 1918 (marasme paralytique).

Renseignements fournis par le corps : « Fit son service très correctement jusqu'au mois de *juillet 1917*. Se fit alors remarquer par son attitude et son allure bizarre, par des idées de richesses ; fut puni à plusieurs reprises pour des négligences. *Le 12 novembre 1917*, dans la matinée, vola dans le bureau de son groupe deux paires de brodequins qu'il essaya de vendre à un particulier dans l'après-midi. Le 25 novembre 1917, vendit à un de ses camarades une montre en argent et un bracelet contre la somme de cinq francs et un litre de vin Cette montre avait été dérobée à un habitant de la localité quelques jours auparavant. Le 26 novembre 1917, fut écroué et mis en prévention de conseil de guerre pour « vols ».

A l'arrivée dans le service : « Paralysie générale progressive,

affaiblissement intellectuel global avec altération de la volonté, des sentiments affectifs et de la mémoire des faits récents; idées niaises de grandeur, de contentement personnel, de force physique. Signes somatiques classiques ».

Malade que le chef de l'unité aurait dû signaler au médecin dès qu'il remarqua son attitude étrange, son allure bizarre et les idées de richesses. T... arrive à l'asile présentant tous les signes psychiques et somatiques de paralysie générale progressive ; son état démentiel est bien affirmé et, cependant, le diagnostic n'a pas été fait lors de l'évacuation quoique le début remontait manifestement à cinq mois au moins.

OBSERVATION IV

L... (R.), 34 ans, artilleur (charpentier) Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 21 avril 1917 pour « Affection mentale ». Entré à l'asile le 22 avril 1917. Sorti par transférement le 21 juin 1917.

Renseignements fournis par l'enquête : « Le caractère de L... se modifia à la fin de 1916. Jusqu'à cette époque, avait fait correctement son service; montra alors une satisfaction continuelle, était heureux de tout; puis manifesta des idées de richesses. Au mois d'avril 1917, commit des actes délictueux, fut mis en prévention de conseil de guerre et écroué le 16 avril 1917 pour : 1°) vol de munitions appartenant à l'état commis au parc d'artillerie de la N°. division, à C...; 2°) vol d'une poule appartenant à un particulier, commis à C .. ou environs depuis moins de 3 ans ».

A l'arrivée à l'asile : « Paralysie générale progressive. Etat démentiel avec troubles de la mémoire, exaltation intellectuelle, euphorie, satisfaction, idées de grandeur et de richesses, excitation cérébrale et insomnie. Signes somatiques classiques ».

Mêmes remarques que pour l'observation précédente. Paralysie générale progressive non diagnostiquée au corps alors que le début très manifeste remonte à plus de quatre mois (Evacué après quatre mois au moins de maladie).

OBSERVATION V

B... (A.), 45 ans, fantassin (mannelier). Mobilisé le 20 août 1914. Evacué de la prison le 11 avril 1917 à la suite d'une expertise médicale. Entré à l'asile le 17 avril 1917. Décédé le 4 avril 1918 (marasme paralytique).

Renseignements fournis par l'enquête : « Depuis novembre 1916, faisait moins bien son service, avait une attitude bizarre, tenait parfois des propos incohérents. Manqua à l'appel, le 26 décembre 1916; porté comme déserteur, fut arrêté par la gendarmerie et ramené à son corps le 18 janvier 1917 Fut mis en prévention de conseil de guerre pour abandon de poste sur un territoire en état de guerre. Son état mental paraissant suspect, une expertise médicale fut ordonnée à la suite de laquelle une ordonnance de non-lieu fut rendue le 10 avril 1917 ».

A l'arrivée à l'asile : « Affaiblissement intellectuel global très accusé avec altération de la mémoire des faits récents, indifférence affective, altération de la volonté, idées niaises de richesses (possède 67 milliards, gagne 15.000 fr. par jour); signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

B... ayant toujours été considéré comme un bon soldat, le changement survenu dans sa manière de servir, les propos incohérents qu'il tenait, auraient dû attirer l'attention des gradés qui vivaient en contact avec lui et le médecin aurait dû être averti. L'officier commandant la compagnie crut probablement avoir affaire à un simulateur ou à un insubordonné. C'est seulement à la

suite d'une fugue qu'un examen mental fut demandé ; les constatations faites à l'arrivée à Maréville indiquent suffisamment que cet homme est resté au corps pendant un temps relativement long avec des troubles mentaux et que la maladie a été longtemps méconnue.

OBSERVATION VI

G... (C.), 37 ans, fantassin (professeur de langues). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 12 avril 1917 pour « aliénation mentale ». Entré à l'asile le 17 avril 1917. Décédé le 10 septembre 1917 (marasme paralytique).

Renseignements fournis par le corps : « *En octobre 1916*, devint bizarre, s'adonna à la boisson, ne prit plus aucun soin de sa tenue et montra un affaiblissement d'esprit qui le fit devenir le jouet de ses camarades.

« Pendant les mois de *février et mars 1917, il fut surveillé de très près, réprimandé, puni ;* aucun changement ne fut constaté. A la fin du mois de mars, G... devint très surexcité, tenant des propos sans aucune suite et sans aucun sens. Il tomba rapidement dans un état de faiblesse physique très grande, eut des syncopes. Le 30 mars, son régiment fut envoyé d'Algérie en France ; pendant tout le trajet, G... manifesta des signes de dérangement cérébral. Il se jeta sur un de ses camarades à qui il fit quelques égratignures au visage ; au débarquement du bataillon, il causa du scandale devant la compagnie, se roulant à terre, arrachant ses vêtements. Il refusa de s'équiper et fut traîné jusqu'au cantonnement par un sergent et deux hommes ».

A l'arrivée à l'asile : « excitation maniaque vive et signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Mêmes remarques que pour l'observation précédente.

Malade arrivé à l'asile à une période avancée de la méningo-encéphalite diffuse sans que le diagnostic ait

été établi lors de l'évacuation et évolution accélérée par les écarts de régime, les excès faits pendant toute la première période de l'affection si longtemps méconnue.

OBSERVATION VII

C... (F.), 35 ans, artilleur (ajusteur). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 30 avril 1917 pour « troubles de dénutrition consécutifs à mauvaise dentition ». Entré à l'asile le 17 juillet 1917. Sorti par transférement le 11 décembre 1917.

Renseignements fournis par l'enquête : « *Faisait mal son service depuis le début de 1917*, était devenu indiscipliné, buveur, maigrissait rapidement. Le 30 juin, pendant qu'on le conduisait de l'hôpital de Bussang à l'hôpital d'Epinal, disparut au cours du voyage. Fut arrêté le même jour, n'ayant aucune pièce justificative de sa situation militaire et gardé à la prévôté des étapes ».

A l'arrivée à l'asile : « Affaiblissement intellectuel global avec altération de la mémoire des faits récents, délire ambitieux absurde, altération des sentiments affectifs et de la volonté, excitation cérébrale, signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Diagnostic erroné. Les troubles de dénutrition étaient liés à l'évolution de la paralysie générale progressive, aux écarts de régime symptomatiques de début alors qu'ils ont été attribués uniquement à une mauvaise dentition. Les constatations faites à l'arrivée à l'asile indiquent suffisamment que C... est resté au corps pendant un temps relativement long avec des troubles mentaux demeurés insoupçonnés.

OBSERVATION VIII

L... (M.), 40 ans, artilleur (journalier). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 12 février 1918 pour « Diarrhée et amai-

grissement ». Entré à l'asile le 28 février 1918. Décédé le 11 janvier 1919 (marasme paralytique).

Aucun renseignement sur la manière de servir habituelle. Au moment de son évacuation, était l'objet d'une enquête pour absence illégale.

A l'arrivée dans le service : « Etat confusionnel avec indifférence, inertie pendant le jour et excitation motrice pendant la nuit. Réflexe pupillaire photo-moteur conservé; pas de troubles du langage. Exagération du réflexe patellaire et troubles de la mémoire ».

Diagnostic non fait avant hospitalisation; paralysie générale progressive à la période de début qui pouvait difficilement être diagnostiquée au corps.

OBSERVATION IX

D... (F.), 51 ans, fantassin (cuisinier). Mobilisé le 20 août 1914. Evacué de son corps le 30 septembre 1917 pour « Crises de delirium tremens ». Entré à l'asile le 13 octobre 1917.

Aucun renseignement sur la manière habituelle de servir de D... Commit plusieurs vols le 10 septembre 1917 et une plainte en conseil de guerre fut établie contre lui. Pendant sa prévention, commit de nouveaux vols; le 30 septembre 1917, à son arrivée à la prévôté de la division, fut examiné par un médecin au sujet d'une crise d'agitation violente et évacué le même jour pour delirium tremens.

A l'arrivée dans le service : « Excitation cérébrale avec affaiblissement intellectuel, contentement personnel puéril, idées de grandeur et signes somatiques de paralysie générale progressive ».

Diagnostic erroné et évacuation certainement tardive par inattention au sujet de troubles mentaux ou somatiques.

OBSERVATION X

B... (J.), 44 ans, train des équipages (comptable). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 21 janvier 1917 pour « paralysie générale progressive ». Entré à l'asile le 6 février 1917. Décédé le 27 septemlre 1917 (Ictus).

Renseignements fournis par le corps : « *Depuis le 1er novembre 1916,* jour de son arrivée à la formation, se fit remarquer par ses excentricités et il était impossible de lui confier un travail sérieux. En décembre 1916, au cours d'étapes, à plusieurs reprises, il se déchaussa pour marcher pieds nus ; d'autres fois, il demeurait pendant des heures sous la pluie, la tête découverte. Le 16 janvier, fut désigné pour partir en permission ; deux jours après, il était trouvé errant dans les rues de la petite ville voisine, avec une partie de son équipement sur les bras ».

A l'arrivée à l'asile : « Affaiblissement intellectuel global avec altération de la volonté, dysmnésie des faits récents, délire ambitieux absurde et signes somatiques de paralysie générale progressive. Est prince ducal, milliardaire ; est appelé à renouveler la France. Arrêtera la guerre quand il voudra ».

Le diagnostic de paralysie générale progressive a été fait au corps ; mais les troubles devaient remonter à une date assez éloignée puisque, dès son arrivée à sa dernière formation, B... se faisait remarquer par des excentricités et par des actes incohérents, troubles démentiels. Il est certain que les troubles en question n'ont pas débuté le jour de la mutation et que, dans l'unité dont il faisait partie auparavant, B... avait déjà dû commettre des actes absurdes. N'est-il pas naturel de supposer que, pour se débarrasser d'un soldat qu'il considérait comme mauvais esprit, son capitaine le proposa à la première demande de renforts ?

OBSERVATION XI

B... (G.), 42 ans, sapeur (manœuvre). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de la prison le 20 octobre 1917 pour « examen mental ». Entré à l'asile le 4 novembre 1917.

Renseignements fournis par l'enquête : « Alcoolique invétéré; venu en permission chez son frère en mai 1917, tenait des propos complètement incohérents.

A son régiment, avait une manière de servir détestable, était un mauvais esprit, un ivrogne, un sujet répugnant. *Le 10 avril 1915, fut condamné* par le conseil de guerre de la N° D. I., à cinq ans de travaux publics pour refus d'obéissance sur un territoire en état de guerre et outrages par paroles, gestes et menaces envers un supérieur à l'occasion du service. La peine fut suspendue.

Manqua à l'appel du 4 septembre 1915 et fut arrêté le 11 octobre 1915; passa de nouveau au conseil de guerre et fut condamné à cinq ans de réclusion et à la dégradation militaire pour désertion en présence de l'ennemi. Sur sa demande de partir au front, la peine fut encore suspendue.

Manqua à l'appel du 21 mars 1917, fut arrêté par la gendarmerie le 10 juin 1917, ramené au corps le 21 du même mois. Dans la nuit du 22 au 23, il s'évada de la prison où il avait été enfermé ; arrêté le même jour, il fut mis en prévention de conseil de guerre ».

A l'arrivée dans le service : « Affaiblissement intellectuel global avec altération de la mémoire des faits récents, désorientation dans le temps, excitation nocturne et signes somatiques de paralysie générale progressive ».

Il s'agit ici d'un cas de paralysie générale progressive avec une longue période de début. Pendant 2 ans, B... resta à la période médico-légale de la maladie; il se rendit coupable d'actes délictueux, fit des fugues et fut considéré comme un très mauvais esprit, un sujet répuguant. Il semble étrange qu'un examen mental ait seu-

lement été ordonné alors que, pour la troisième fois, le malade était en prévention de conseil de guerre.

B... arrive à l'asile présentant tous les signes psychiques et somatiques de paralysie générale progressive; cependant le diagnostic n'a pas été fait au corps, et la paralysie générale progressive n'a même pas été soupçonnée.

OBSERVATION XII

D.., (F.), 34 ans, artilleur (journalier). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 22 novembre 1917 pour « Excitation aiguë ». Entré à l'asile le 28 novembre 1917. Décédé le 4 mars 1918 (Ictus).

Rapport du commandant de batterie : « *Depuis son arrivée à la formation, le 14 mai 1917*, se livrait à des excentricités, avait des manières bizarres, manifestait des idées de grandeur, se donnait comme prince, descendant d'une grande famille. *Le 14 novembre 1917*, ayant renversé de l'essence dans son camion, *il y mit le feu et le camion fut complètement perdu. Mis en prison*, il s'en évada à plusieurs reprises, mais ne chercha pas à se dissimuler. Il tint alors des propos si singuliers et si exorbitants que l'on jugea son état peu normal et qu'il fut évacué (sic) ».

A l'arrivée à l'asile : « Affaiblissement intellectuel global avec altération de la volonté, de la mémoire des faits récents, délire ambitieux absurde, contentement personnel enfantin; signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ». Se dit duc, descendant de Murat. Va faire un pays qui s'appellera le jardin de la France où personne n'aura à dépenser un sou pour s'amuser; il n'y aura que des Français. Il fera détruire toutes les autres races; il fera une ville de verre sur la mer.

Puisque, dès son arrivée à la batterie, D... se livra à des excentricités, il avait déjà dû commettre des actes

absurdes à la formation dont il faisait partie précédemment. Ici encore, il est probable que la mutation a été demandée pour ce motif et que la maladie n'a pas été soupçonnée ; elle était cependant bien accusée.

De plus, l'évacuation a été faite avec un diagnostic erroné alors que l'affection était déjà à la deuxième période très avancée ; donc, troubles mentaux grossièrement accusés longtemps négligés.

OBSERVATION XIII

B... (E.), 37 ans, fantassin (peintre). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 24 août 1917 pour « En observation ». Entré à l'asile le 7 septembre 1917. Décédé le 12 décembre 1917 (marasme paralytique).

Aucun renseignement sur la manière habituelle de servir de B.. ; au moment de l'évacuation, était en prévention de conseil de guerre pour désertion à l'intérieur en temps de guerre ».

A l'arrivée à l'asile : « Signes somatiques classiques de paralysie générale progressive. Vie végétative ; inconscience et indifférence ».

Pas de diagnostic au moment de l'évacuation et cependant, paralysie générale progressive à une période avancée ainsi que le prouvent les constatations faites à l'arrivée à l'asile et l'évolution très rapide.

OBSERVATION XIV

L... (J.), 38 ans, fantassin (employé). Mobilisé le 10 octobre 1917. Evacué de son corps le 27 février 1918 pour « En observation ». Entré à l'asile le 2 mars 1918. Sorti par transfèrement le 1er octobre 1918.

Renseignements fournis par l'enquête : « Fut employé à la

compagnie des eaux, à Tunis, jusqu'au 2 août 1916; entra alors à l'hôpital français, *pavillon des nerveux*, du 2 août 1916 au 2 mai 1917 et sortit, à titre d'essai (pas de rengeignements sur la maladie); vint alors en France. Fut mobilisé le 10 octobre 1917; jusqu'à cette date, avait été maintenu en réforme surtout pour bronchite chronique.

A son corps, passait pour un détraqué, se livrait continuellement à des excentricités, courait sur les routes, pieds nus et presque totalement déshabillé, ou sortait, la capote et le képi ornés de parures de fleurs. Mis en prison le 15 octobre 1917 (cause inconnue), s'évadait des locaux disciplinaires le 18 octobre, était arrêté le 24 ».

A l'arrivée à l'asile: « Affaiblissement intellectuel global avec altération de la mémoire des faits récents, débilité de la volonté, euphorie puérile et signes somatiques de paralysie générale progressive ».

L... passe devant une commission de réforme moins de cinq mois avant son admission à l'asile, est déclaré apte au service armé; comme nous constatons, à l'arrivée, une paralysie générale progressive très avancée, il faut admettre qu'elle a évolué très vite ou qu'elle a été méconnue. Nous croyons qu'elle a été méconnue puisque, dès le lendemain de son passage devant la commission, L... se livrait à des excentricités, commettait des actes absurdes. Il est permis de supposer qu'il était atteint d'un début de paralysie générale progressive lors de son séjour à l'hôpital de Tunis, pavillon des nerveux, en 1916, qu'il eut une rémission de mai à octobre 1917, puis que la maladie reprit sa marche.

OBSERVATION XV

E... (C.), 42 ans, sapeur. Mobilisé le 2 août 1914. Entré à l'asile le 23 décembre 1914. Sorti amélioré le 25 février 1915.

Renseignements fournis par l'enquête : « Les troubles auraient débuté en *1912; fut renvoyé de son emploi de commis des postes* pour distractions, erreurs et lacunes dans les comptes et les écritures. Traité dans un hôpital en août 1914, il fut envoyé en congé de convalescence de quatre mois le 25 août 1914 (nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur la maladie ayant nécessité l'évacuation et le congé de convalescence). Le 17 décembre 1914, demande de prolongation de convalescence; est examiné par un médecin qui diagnostique une paralysie générale progressive à la période d'état ».

A l'arrivée à l'asile : « Paralysie générale progressive classique à la période d'état ».

Il s'agit évidemment d'un cas de paralysie générale progressive antérieur à la guerre et remontant à 1912; à cette époque, E... se trouvait à la période médico-légale de la maladie.

La paralysie générale progressive a été méconnue en août 1914, puisque le malade fut traité dans un hôpital pour maladie incidente et envoyé en congé de convalescence de quatre mois; c'est au cours de cette convalescence que le diagnostic fut établi et l'hospitalisation ordonnée.

OBSERVATION XVI

L... (E.), 33 ans, fantassin (chauffeur d'auto). Mobilisé le 1er août 1914. Evacué de son corps le 25 octobre 1915 pour « Examen mental ». Entré à l'asile le 25 octobre 1915. Décédé le 24 novembre 1915 (marasme paralytique).

Renseignements fournis par l'enquête : « En août 1915, fut condamné par un conseil de guerre à deux ans de travaux pu-

blics pour désertion. A la suite d'une nouvelle désertion, en septembre 1915, un examen mental fut ordonné.

Déjà, au commencement d'août 1915, les lettres de L... à sa femme étaient puériles, niaises, contenaient des omissions, des ratures et accusaient l'inconscience de la gravité de l'accusation qui pesait sur lui.

Le 8 septembre, dans une lettre demandant un examen mental, madame L... signalait son mari comme un alcoolique invétéré, fils d'un père mort alcoolique, ayant un frère jumeau interné en 1916 dans une maison de santé. Elle le donnait elle-même comme pouvant être un danger pour ses camarades, car sa peine était suspendue pour lui permettre d'aller racheter sa peine sur le front (sic) ».

A l'arrivée à l'asile : « Affaiblissement intellectuel global avec altération très manifeste des sentiments affectifs, aboulie, désorientation dans le temps et signes somatiques de paralysie générale progressive ».

L... ne fut même pas envoyé à la visite médicale après sa première désertion, malgré les renseignements donnés par sa femme; c'est seulement à la suite d'une seconde fugue qu'un examen mental fut demandé. En août 1915, au moment de sa première désertion, L... se trouvait déjà à la deuxième période de la maladie, ainsi que l'attestent ses écrits et l'inconscience dont il faisait preuve.

OBSERVATION XVII

C .. (P.), 42 ans, sapeur (brocanteur). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 30 novembre 1914 pour « confusion mentale consécutive à intoxication alcoolique ». Entré à l'asile le 18 décembre 1914. Décédé le 11 février 1916 (marasme paralytique).

Renseignements fournis par l'enquête : « Se livrait à des actes absurdes depuis quelques mois, faisait des fugues. Alla à la

corvée de bois un jour et resta dans la forêt jusqu'au lendemain dans l'après-midi. Chanta et siffla tout le temps; était heureux de raconter qu'on l'avait cherché pendant toute la nuit et que l'adjudant ne l'avait retrouvé que le lendemain. »

A l'arrivée à l'asile : « Obnubilation intellectuelle; confusion et incertitude très accusées des souvenirs des faits récents. Désorientation, euphorie et troubles somatiques. »

Diagnostic d'évacuation erroné ; encore un malade qui aurait dû être signalé au médecin dès l'apparition d'actes incohérents, absurdes, en opposition avec sa conduite antérieure.

OBSERVATION XVIII

S... (E.), 46 ans, sapeur (commis-libraire). Mobilisé le 12 août 1914. Evacué de son corps le 23 décembre 1918 pour « paralysie générale progressive. » Entré à l'asile le 3 février 1919. Décédé le 3 mars 1919 (marasme paralytique).

D'après l'enquête « fut arrêté dans la ville de Metz, se livrant à des actes de démence, errant à travers les rues dans une tenue débraillée, prononçant des paroles incohérentes et paraissant absolument inconscient. »

A l'arrivée dans le service : « Paralysie générale progressive à la période d'état avec idées niaises de satisfaction personnelle, de force physique, de beauté ». Propose de nous conduire dans la lune en 25 minutes avec un avion actionné par deux locomotives; boit de l'or, paraît si jeune que ses camarades ne lui donnent que vingt ans.

Diagnostic fait dès que le malade a été présenté à la visite; mais diagnostic tardif, ainsi que le prouvent les constatations faites à l'arrivée à Maréville et la terminaison fatale rapide. Encore un malade qui aurait dû

être envoyé au médecin dès qu'il se fit remarquer par des actes absurdes, enfantins et par l'inconscience qu'il manifestait.

OBSERVATION XIX

A... (M.), 38 ans, cavalier. Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 23 janvier 1917 pour « En observation pour troubles mentaux ». Entré à l'asile le 30 janvier 1917. Décédé le 24 avril 1917 (marasme paralytique).

Rapport du commandant de compagnie : « Devint taciturne vers le 1er janvier 1917 ; parlait peu et s'exprimait de façon incohérente. Disait que sa femme venait d'être assassinée, ses fillettes égorgées, son mobilier pillé. Etant de faction, dans la nuit du 22 au 23 janvier, à Champigneulles, il mit son masque à gaz et courut prévenir ses camarades de se garer. Pour ce motif, fut envoyé à la visite médicale le 23 janvier et évacué le jour même. »

A l'arrivée à l'asile « excitation cérébrale, logorrhée incohérente, euphorie puérile. Signes somatiques de paralysie générale progressive. »

Pas de diagnostic au moment de l'évacuation et cependant, d'après les constatations faites à l'arrivée à l'asile et la marche rapide de la maladie, les troubles remontaient certainement à plusieurs semaines, sinon plusieurs mois.

OBSERVATION XX

F... (A.), 39 ans, fantassin (cultivateur). Mobilisé le 2 août 1914. Evacué de son corps le 21 avril 1918 pour « En observation pour troubles psychiques ». Entré à l'asile le 24 avril 1918. Sorti par transfèrement le 24 septembre 1918.

D'après l'enquête : « Depuis juin 1915, n'avait d'autre souci que de se soustraire à tout travail; ne se donnait même pas les

soins les plus élémentaires de propreté. Au début de 1918, devint tout à fait bizarre et tous ses chefs crurent avoir affaire à un simulateur.

Avant la mobilisation, conduite exemplaire. Travaillait à la culture, était intelligent, se portait très bien. »

A l'arrivée à l'asile : « Paralysie générale progressive classique à la période d'état. »

Diagnostic non fait, et cependant, signes psychiques et somatiques de paralysie générale progressive très nets. Nous avons ici une nouvelle preuve des fausses interprétations données par les gradés aux faits qu'ils remarquaient ; F... fut en effet pris pour un simulateur pendant fort longtemps et l'hypothèse de maladie ne fut même pas émise.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance du Docteur Aubry).

G... (J.), 43 ans, officier. Evacué de son corps le 1er juillet 1919 pour « Paralysie générale progressive ». Entré à l'asile le 9 juillet 1919 pour « Paralysie générale progressive. » Décédé le 20 août 1919 (ictus apoplectique).

Renseignements : « Au début du mois de juillet, pendant le séjour de son régiment à M..., alla à l'hôpital suivre un traitement antisyphilitique tout en continuant à assurer son service au corps. Le médecin traitant, remarquant des troubles mentaux, l'évacua sur l'hôpital militaire de N..., pour « En observation n° 45; paralysie générale progressive ». Entré à l'hôpital militaire de N..., le 4 juillet 1919, en sortit le 6 juillet 1919 avec le diagnostic : « Ancienne néphrite; évacué sur un hôpital spécial pour traitement. » Au lieu de se rendre à l'hôpital désigné, fit une fugue à Paris, fut ramené le lendemain par sa famille et réintégré à l'hôpital militaire de N... avec le diagnostic : « Troubles psychiques ».

Syphilis contractée il y a quinze ans environ ; vers 1912, troubles visuels guéris après traitement spécifique ; pas de troubles mentaux remarqués à ce moment. Nombreuses chutes de cheval ; en particulier, deux mois avant son entrée à l'asile, fit une chute assez sérieuse au galop.

Education soignée. Depuis quelques mois, avait un caractère emporté et difficile, était très familier avec ses hommes contrairement à son habitude. Amaigrissement très accusé. »

A l'arrivée à l'asile : « Affaiblissement intellectuel global avec idées ridicules de richesses et de puissance ; projets enfantins, amnésie de fixation ; signes somatiques classiques ». Déclare que tout le monde sera heureux, que les Boches travailleront pour la France ; chacun aura son auto, sa propriété et des rentes. Dans une lettre envoie au journal *l'Auto* son engagement pour la traversée de Paris à la nage organisée le 10 août ; dans une autre lettre, adressée au ministre, écrit : « Arrêtez toute commande à l'étranger avant que je vous aie parlé. J'ai à vous dire également le moyen à employer pour payer immédiatement les dépenses de guerre, réorganiser les chemins de fer et assurer le ravitaillement de tout le pays à bon marché. »

Maladie méconnue au corps, et, cependant, les modifications du caractère, l'amaigrissement notable, les propos enfantins auraient dû éveiller l'attention de l'entourage ; évacuation certainement tardive, ainsi que le prouvent les constatations faites à l'arrivée à l'asile et l'évolution très rapide de la maladie. Bien que la paralysie générale progressive ait été reconnue à l'hôpital de M..., il n'en fut pas tenu compte à l'hôpital de N..., puisque, deux jours après son entrée, G... en sortait avec le diagnostic : « Ancienne néphrite ». A ce moment, l'état démentiel était déjà très accusé, les signes somatiques très nets et la mise en traitement dans un service fermé s'imposait.

A la réintégration au même hôpital, le lendemain, le diagnostic fut fait immédiatement et le malade dirigé sur Maréville pour « paralysie générale progressive ; délire de grandeur, délire hallucinatoire, impulsions aux fugues, réactions violentes ».

CHAPITRE II

Formes que la paralysie générale progressive a surtout affectées

---

Il est classique de répartir en deux groupes les principales formes symptomatiques que peut affecter la paralysie générale progressive :

1° La forme démentielle simple ;

2° Les formes délirantes.

1° **Formes démentielles simples.** — Comme le symptôme fondamental et constant de la paralysie générale progressive, au point de vue psychopathique, est l'affaiblissement intellectuel global avec altération de la volonté, de l'affectivité et de la mémoire, c'est-à-dire la démence dégagée de tout délire qui n'est ici qu'un élément surajouté, il s'ensuit que la forme type de la paralysie générale progressive est la forme démentielle ou sans délire, appelée aussi démence paralytique.

La forme démentielle comprend non seulement les

cas où il n'existe absolument que de la démence, du commencement jusqu'à la fin, mais encore ceux dans l'évolution desquels on relève parfois un peu d'excitation cérébrale, d'euphorie puérile, de dépression légère ou quelque esquisse passagère de délire sans fixité, troubles de peu de durée, relativement flous, occasionnés souvent par une altération momentanée de fonctions de l'appareil digestif ou d'annexes.

Nous avons recherché dans quel groupe rentraient les différentes paralysies générales progressives observées chez les soldats admis à l'asile au cours de la guerre. Sur 129 cas, 65 (c'est-à-dire un peu plus de 50 %) sont des formes démentielles. Nous n'avons pu nous procurer qu'une seule statistique de guerre nous permettant d'établir une comparaison : elle a été dressée par le Docteur Duclos, à l'asile de Ville-Evrard, et elle porte sur 126 cas, c'est à-dire sensiblement le même nombre que le nôtre. Dans cette statistique, le nombre des paralysies générales progressives à forme démentielle est de 60 %. Du rapprochement des chiffres, on peut conclure que cette forme existe dans une proportion de 50 à 60 %.

Nous allons relater brièvement un certain nombre d'observations de paralysies générales progressives à formes démentielle ; nous verrons comme précédemment que, dans la plupart des cas, le diagnostic n'a pas été fait lors de l'évacuation.

OBSERVATION XXII

K... (E.), 47 ans, fantassin (garçon brasseur), envoyé en convalescence le 25 septembre 1914 pour « Débilité mentale ». Entré à

l'asile le 29 septembre 1914 pour « Troubles psychiques ». Décédé le 5 octobre 1914 (marasme paralytique).

A l'arrivée à l'asile : « Etat démentiel ; affaiblissement intellectuel global avec altération très accusée de la mémoire des faits récents, de la volonté et des sentiments affectifs. Gâtisme par inconscience ; signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Il est à remarquer que ce malade était en traitement dans un hôpital quelques jours avant son admission à l'asile, et que la paralysie générale progressive est passée inaperçue alors que tous les signes étaient très accusés ainsi que l'attestent les constatations faites à l'arrivée à Maréville et la terminaison rapide de la maladie.

OBSERVATION XXIII

J... (E.), 41 ans, gendarme. Evacué de son corps le 5 août 1916 pour « troubles mentaux ». Entré à l'asile le 17 août 1916. Décédé le 9 avril 1918 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Etat démentiel ; déchéance des facultés intellectuelles, inconscience de son état, désorientation dans le temps ; signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Pas de diagnostic précis au corps et, d'après les constatations faites à l'arrivée à l'asile, troubles remontant à peu près certainement à plusieurs semaines sinon plusieurs mois.

OBSERVATION XXIV

M... (L.), 42 ans, 23e section C. O. A. (boulanger). Evacué de son corps le 15 septembre 1916 pour « troubles mentaux ». Entré

à l'asile le 18 septembre 1916. Décédé le 15 octobre 1916 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Paralysie générale progressive avec état démentiel, troubles de la mémoire, indifférence affective et émotive ; signes somatiques classiques ».

Troublesr emontant à une date éloignée étant donnée la terminaison fatale rapide par marasme.

OBSERVATION XXV

M... (J.), 40 ans, artilleur (domestique). Evacué de son corps le 28 septembre 1916 pour « troubles mentaux ». Entré à l'asile le 2 octobre 1916. Décédé le 10 février 1917 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Etat démentiel ; affaiblissement intellectuel global avec altération de la mémoire des faits récents, désorientation dans le temps et dans l'espace. Aboulie ; indifférence affective et émotive ; signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Pas de diagnostic précis ; les dates rapprochées d'évacuation du corps et d'admission à Maréville, les constatations faites à l'arrivée, l'évolution rapide de la maladie indiquent suffisamment que cet homme est resté au corps pendant un temps relativement long avec des troubles mentaux ; maladie méconnue.

OBSERVATION XXVI

H... (F.), 42 ans, fantassin (brasseur). Evacué de son corps le 27 avril 1917 pour « confusion mentale ». Entré à l'asile le 8 mai 1917. Décédé le 22 décembre 1917 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Affaiblissement intellectuel global avec altération des sentiments affectifs, incohérence des propos, inconscience de son état ; signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Evacué avec diagnostic inexact et mêmes réflexions que pour le cas précédent.

OBSERVATION XXVII

T... (J.-B.), 38 ans, artilleur (maréchal-ferrant). Evacué de son corps le 30 mai 1917 pour « troubles psychiques ». Entré à l'asile le 2 juin 1917. Décédé le 10 août 1917 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Affaiblissement intellectuel global avec indifférence affective et émotive, désorientation complète, amnésie des faits récents, gâtisme par inconscience ; signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Pas de diagnostic au moment de l'évacuation et évacuation certainement tardive d'après l'état du malade à l'arrivée à Maréville.

OBSERVATION XXVIII

R... (O.), 45 ans, fantassin. Evacué de son corps le 3 mars 1918 pour « troubles psychiques ». Entré à l'asile le 6 mars 1918. Décédé le 6 juin 1918 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Paralysie générale progressive caractérisée par un état démentiel profond, un affaiblissement intellectuel global très accusé. Altération de la volonté, de la mémoire des faits récents ; signes somatiques classiques ».

Diagnostic non fait lors de l'évacuation et cependant deuxième période avancée ; évolution ultérieurement rapide.

OBSERVATION XXIX

H... (V.), 44 ans, fantassin (garçon épicier). Evacué de son corps le 2 octobre 1918 pour « confusion mentale ». Entré à l'asile le 6 octobre 1918. Décédé le 26 mars 1919 (ictus).

A l'arrivée : « Affaiblissement intellectuel global avec altération de la volonté et de la mémoire des faits récents, désorientation dans le temps ; signes somatiques classiques de paralysie générale progressive ».

Erreur de diagnostic et cependant maladie déjà à la deuxième période ; donc troubles mentaux longtemps méconnus.

OBSERVATION XXX

P... (P.), 40 ans, train des équipages (teinturier). Evacué de son corps le 24 janvier 1919 pour « psycho-névrose, éthylisme ». Entré à l'asile le 29 janvier 1919.

A l'arrivée : « Paralysie générale progressive à forme démentielle ; affaiblissement psychique, état d'indifférence ; signes somatiques classiques et appoint éthylique ».

Diagnostic erroné et évacuation certainement tardive par inattention au sujet de troubles mentaux.

OBSERVATION XXXI

B... (L.), 39 ans, zouave (cantonnier). Evacué de son corps le 25 novembre 1918 pour « déchéance physique et mentale ». Entré à l'asile le 29 janvier 1919. Décédé le 21 juin 1919 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Paralysie générale progressive ; affaiblissement intellectuel global considérable avec inconscience absolue, perte des sentiments affectifs, de la mémoire, gâtisme ; signes somatiques classiques très nets ».

Devait être malade depuis un assez long temps déjà puisqu'il était donné comme cause d'évacuation du corps : « Déchéance physique et mentale », c'est-à-dire symptômes de paralysie générale progressive à la

deuxième période avancée, mais par contre méconnue.

Tous ces malades sont donc entrés à l'asile moins de dix jours après l'évacuation du corps, présentant tous les signes d'une paralysie générale progressive à une période avancée, et aucun n'a été évacué avec une note médicale indiquant seulement soupçon de paralysie générale progressive.

Dans 49 autres observations, nous retrouvons cette forme démentielle assez avancée et toutes ces observations entraîneraient des réflexions analogues à celles dont nous venons de faire suivre les cas ci-dessus brièvement relatés ; dans six cas seulement, la paralysie générale progressive a été diagnostiquée. Des considérations d'ordre matériel ne nous permettent pas de publier ces observations qui ne sont d'ailleurs, à tous égards, que la répétition de celles qui précèdent.

2° **Formes délirantes.** – Nous les raménerons à deux seulement :

A. — La forme maniaque, expansive ou mégalomaniaque.

B. — La forme dépressive, mélancolique, hypocondriaque.

Quels que soient la forme et le contenu de ces délires, un caractère leur est commun : c'est de s'exprimer par des « idées absurdes, mobiles, contradictoires et incohérentes » (Falret). Ce caractère affirme surtout en somme le fond de démence qui, avec les signes somatiques, est signe de paralysie générale progressive. Ainsi caractérisés, ces délires sont foncièrement asystématiques. Parfois, ils revêtent une allure plus cohérente,

plus suivie ; c'est qu'ils évoluent sur un terrain héréditairement prédisposé aux manifestations vésaniques (Paris, Filassier). En dehors de l'influence héréditaire, ils se montrent au contraire dépourvus de toute tenue et de toute stabilité (Ballet).

Les formes délirantes ne constituent pas des types cliniques bien définis ; elles persistent rarement telles quelles pendant la durée des deux premières périodes de la maladie, soit que les délires paraissent ou disparaissent une ou plusieurs fois à la façon de syndrômes accessoires, épisodiques, soit qu'ils alternent, se succèdent ou coexistent.

Sur 129 observations de paralysies générales progressives, nous avons relevé 64 formes délirantes (un peu moins de 50 %). Dans 39 cas (30 % des cas), la forme délirante est la forme maniaque, mégalomaniaque ; dans 25 cas (20 % des cas), c'est la forme dépressive, hypochondriaque. Notre statistique diffère de celle donnée par le Docteur G. Ballet qui, sur 55 malades paralytiques généraux, en classe 19 dans la forme démentielle, 36 dans les formes délirantes. Clouston donne une statistique à peu près analogue ; par contre, J. Bullen déclare que la moitié des paralysies générales progressives est sans délire. Quant au Docteur Duclos, dans sa statistique sur les paralytiques généraux traités à l'asile de Ville-Evrard de mai 1915 à mai 1917, il trouve 40 % de formes délirantes.

Nous allons relater un certain nombre d'observations de paralysies générales progressives dans lesquelles on relève ces délires particulièrement absurdes qui doivent en général faire penser à une méningo-encéphalite

diffuse ; on verra que ces paralysies générales progressives n'ont pas été beaucoup mieux dépistées que les formes simplement démentielles avant l'hospitalisation dans un service de psychiâtrie.

A) *Forme maniaque, expansive, mégalomaniaque.* — Elle peut revêtir tous les caractères, depuis la simple exaltation intellectuelle jusqu'à l'accès maniaque suraigu, en passant par toute la gamme des idées de satisfaction et de grandeur.

OBSERVATION XXXII

B... (F.), 43 ans, artilleur (tailleur). Evacué de son corps le 14 mars 1917 « En observation ». Entré à l'asile le 23 mars 1917. Décédé le 13 mai 1917 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Paralysie générale progressive à la période d'état; euphorie. Idées niaises de satisfaction ». Est très content de lui, a fait beaucoup de bien, va continuer à en faire et voudrait que tout le monde soit heureux. Rit béatement; est très affable, tend la main à ceux qui l'approchent. Se trouve très beau, a des enfants très intelligents, une femme comme il n'y en a pas deux sur terre. Signes somatiques classiques.

Evacuation certainement tardive d'après les constatations faites à l'arrivée à Maréville (où le malade est, du reste, envoyé avec cette seule note « En observation ») et d'après l'évolution rapide de la maladie. La note « en observation » indique que B... était depuis peu considéré comme malade.

OBSERVATION XXXIII

G .. (C.), 29 ans. fantassin (boucher). Evacué de son corps le 4 juillet 1917 « En observation pour crises comitiales ». Entré à

l'asile le 22 juillet 1917. Décédé le 16 octobre 1917 (Ictus apoplectique).

A l'arrivée : « Paralysie générale progressive à la période d'état. Idées puériles de contentement personnel, de force physique ; signes somatiques classiques ». Est très fort, a une mâchoire puissante, un estomac de fer. A une intelligence extraordinaire, comprend tout, résoud les problèmes les plus difficiles.

Envoyé à Maréville avec une erreur de diagnostic ; évacué en raison de crises épileptiformes qui ont bien certainement été précédées de troubles passés inaperçus.

OBSERVATION XXXIV

C... (J.), 38 ans, fantassin (sabotier). Entré à l'asile le 23 septembre 1914. Décédé le 26 octobre 1915 (apoplexie cérébrale).

A l'arrivée : Est président de la République depuis juillet dernier, est aussi président du Conseil. A fait la mobilisation de toute l'armée et va donner des ordres pour amener la fin de la guerre sur terre et sur mer ; sur un simple signe de lui, la paix sera rétablie. Est millionnaire, à deux, dix, trente millions. Signes somatiques classiques.

Il s'agit évidemment d'un cas de paralysie générale progressive antérieur à la mobilisation ; aggravation probable à la suite des premières marches, des libations copieuses du début, de l'insomnie, etc.

OBSERVATION XXXV

M... (A.), 23e section infirmiers militaires. Evacué de son corps le 24 mars 1915 pour « paralysie générale progressive ». Entré à l'asile le 26 mars 1915. Décédé le 5 décembre 1915 (marasme paralytique).

A l'arrivée, est millionnaire, général depuis un an et infirmier de salle à l'hôpital de Commercy. Va révolutionner le commerce de la chapellerie grâce à d'énormes achats. A inventé un aéroplane auquel est attachée une saucisse (drachen). Signes somatiques classiques.

Ici, le diagnostic a été fait au corps alors que le malade se trouvait déjà à une période avancée de l'affection, ainsi que le prouvent les constatations faites à l'arrivée à Maréville et la terminaison rapide de la maladie.

OBSERVATION XXXVI

P... (G.), 37 ans, aviateur (ajusteur). Evacué de son corps le 19 août 1915 pour « anémie progressive ». Entré à l'asile le 9 septembre 1915. Décédé le 29 janvier 1916 (marasme paralytique).

A l'arrivée, est aviateur, général depuis hier matin, décoré de nombreux ordres : croix d'honneur, médaille de Saint-Georges, croix de 75, croix de Lorraine, ordre de Constantinople. Va donner de grandes fêtes auxquelles il invitera beaucoup de monde. Signes somatiques classiques.

Troubles mentaux remarqués depuis quelque temps avant l'évacuation, mais non sérieusement pris en considération puisque le diagnostic d'évacuation porte : « anémie progressive ».

OBSERVATION XXXVII

Z... (E.), 30 ans, fantassin (mécanicien). Entré à l'asile le 15 novembre 1916. Décédé le 25 décembre 1918 (bronchopneumonie grippale).

A l'arrivée : « Je suis général; je suis le prince de Galles, le comte de Gouot, l'inventeur des ondes H. Je suis en relations

avec tous les explorateurs et tous les généraux. Je suis marié avec la duchesse de Cumberland; j'ai des ennemis : Hervé, Rochette, etc. » Signes somatiques classiques.

Nous n'avons pu retrouver aucun renseignement au sujet de l'évacuation.

OBSERVATION XXXVIII

F... (V.), 43 ans, train des équipages (parqueteur). Evacué de son corps le 3 mars 1917 pour « En observation ». Entré à l'asile le 5 mars 1917. Décédé le 14 mars 1917 (marasme paralytique).

A l'arrivée : Est lieutenant, médaillé (Chine, Tonkin, deux médailles de guerre et médaille militaire); a été blessé six fois. Travaille pour l'état-major; vient de donner un concert qui lui a rapporté 13.000 francs. Est rentier, milliardaire, possède un grand hôtel où il offre du champagne à tout le monde. Il a cinquante mois de guerre ; il est commandant, professeur de lecture, chanteur, député; il a donné mille francs à chaque électeur et il n'a jamais eu de contradicteurs. Il sera président de la République quand bon lui semblera. Signes somatiques classiques.

Il est bien certain que cet homme était malade depuis plusieurs mois ; cependant, il a été évacué quatorze jours seulement avant décès et sans diagnostic.

OBSERVATION XXXIX

M... (M.), 39 ans, train des équipages (représentant de commerce). Evacué de son corps le 1er novembre 1918 pour « troubles mentaux ». Entré à l'asile le 3 novembre 1918.

A l'arrivée : est général, commandant de corps d'armée et président de la République; se donne comme neveu de l'ancien président du Conseil Briand. Est à la tête d'une affaire qui doit

lui rapporter 283 milliards cette année, ira s'occuper des mutilés qui recevront tous au moins un million. Signes somatiques classiques.

Diagnostic non fait lors de l'évacuation malgré les signes somatiques très nets et les idées de grandeur très accusées.

OBSERVATION XL

S... (A.), 27 ans, fantassin (préparateur en pharmacie). Evacué de son corps le 23 mai 1919 pour « état mental suspect ». Entré à l'asile le 1er juin 1919.

A l'arrivée : Se déclare à la tête d'une affaire qui lui rapportera des centaines de milliers de francs. Veut faire installer une flotte aérienne avec des aéroplanes en forme de bouteilles pour porter des prospectus vantant un produit pharmaceutique. Signes somatiques classiques.

Malgré les idées de grandeur très nettes, les actes incohérents commis avant l'évacuation, les signes somatiques, envoyé sans diagnostic.

OBSERVATION XLI

M... (G.), 38 ans, commis-ouvrier d'administration (boucher). Evacué de son corps le 22 juillet 1915 pour « troubles mentaux ». Entré à l'asile le 27 juillet 1915. Décédé le 4 décembre 1915. (Ictus apoplectique).

A l'arrivée : Est général et va se faire poser des dents en or. Va réorganiser tous les services d'autobus, d'aéroplanes, est le principal aide du général Joffre, distribue des millions : « Voyez comme je suis beau; je me suis tiré la peau de la figure, des bras, des jambes, de la verge, des testicules, pour me rendre plus grand. Je vais me mettre des matrices partout sur le corps et des verges aussi. Je suis président de la République et vous

serez président de la République avec moi : je vous nomme. Tout le monde sera président de la République. Signes somatiques classiques.

Mêmes remarques que pour l'observation précédente.

OBSERVATION XLII

C... (L.), 41 ans, fantassin (vigneron). Evacué de son corps le 10 juin 1917 pour « troubles cérébraux ». Entré à l'asile le 16 juin 1917. Décédé le 30 juin 1917 (marasme paralytique).

A l'arrivée : Possède vingt puissances, est Dieu, plus que Dieu; a été général trois jours. Il est tout, a des organes en or et ses excréments sont en diamants. Signes somatiques classiques.

Malgré l'état démentiel, les signes somatiques très accusés, le diagnostic n'a pas été fait lors de l'évacuation.

Dans 14 autres observations, nous trouvons les mêmes idées de grandeur, de richesses. Et cependant, comme dans les cas précédents, il n'est fait aucune allusion à la paralysie générale progressive dans les notes médicales d'évacuation (sauf dans un cas), et de tels délires ne sont pas arrivés subitement à ce point de niaiserie et de facilité d'expression.

B) *Forme dépressive, mélancolique, hypocondriaque*, allant de la tristesse vague à l'état mélancolique caractérisé et des simples préoccupations au délire hypocondriaque, aux idées de négation, aux idées de persécution.

OBSERVATION XLIII

G... (J.), 35 ans, sapeur (facteur). Evacué de son corps le 7 septembre 1917 pour « neurasthénie ». Entré à l'asile le 13 octobre 1917. Décédé le 2 avril 1918 (lctus apoplectique).

A l'arrivée : Se plaint de faiblesse, de crises, d'impuissance. Ne peut plus aller à la selle ni uriner. Signes somatiques classiques.

Diagnostic erroné parce que les signes somatiques ont été négligés.

OBSERVATION XLIV

G... (A.), 42 ans, fantassin (cuisinier). Entré à l'asile le 26 mars 1919, vingt jours après sa démobilisation. Présentait des troubles mentaux méconnus au moment de sa démobilisation, troubles qui ont été manifestes dès que G... est rentré chez lui.

A l'arrivée : « Préoccupations hypocondriaques continuelles, croit que son estomac est bouché, que rien ne digère plus, qu'il ne peut plus avaler. Craint de contaminer les personnes qui l'entourent ; signes somatiques classiques ».

OBSERVATION XLV

S... (E.), 30 ans, train des équipages (avocat). Evacué de son corps le 30 octobre 1917 pour « En observation ». Entré à l'asile le 12 novembre 1917. Décédé le 14 février 1918 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Délire hypocondriaque et idées de négation. Déclare qu'il est mort, qu'il n'a jamais existé, que rien n'a jamais existé ; signes somatiques classiques ».

Malade arrivé à l'asile à une période avancée de la paralysie générale progressive, ainsi que le prouvent

les constatations faites à l'entrée et l'évolution rapide de la maladie ; cependant, le diagnostic n'a même pas été soupçonné.

OBSERVATION XLVI

A... (E.), 34 ans, artilleur (charpentier). Evacué de son corps le 15 décembre 1918 pour « troubles cérébraux ». Entré à l'asile le 31 janvier 1919. Sorti par transfèrement le 7 juin 1919.

A l'arrivée : « Délire hypocondriaque et idées de négation. Déclare qu'il n'a plus rien dans le corps, que tous ses organes sont détruits, que tout est fini ; signes somatiques classiques ».

Pas de diagnostic précis au corps et cependant les troubles remontent certainement à plusieurs mois avant l'évacuation, ainsi que le prouvent les constatations faites à l'arrivée à Maréville.

OBSERVATION XLVII

D... (A.), 33 ans, fantassin (maçon). Evacué de son corps le 22 août 1915 pour « paralysie générale progressive ». Entré à l'asile le 25 août 1915. Décédé le 19 novembre 1916 (marasme paralytique).

A l'arrivée : « Idées de persécution, croit que ses camarades lui voulaient du mal, que son capitaine a fait tuer ses trois enfants, que sa femme va le quitter ; signes somatiques classiques ».

Diagnostic fait au corps.

Dans dix-huit autres observations, nous retrouvons cette forme dépressive avec prédominance d'idées hypocondriaques et d'idées de négation. Sauf dans un cas, il n'est jamais fait allusion à la paralysie générale progressive dans les notes médicales d'évacuation.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION

La paralysie générale progressive évolue, dans l'immense majorité des cas, comme une maladie chronique, progressive ; son évolution est variable, accidentée et J. Falret l'a bien caractérisée en disant d'elle : « Progressive dans son ensemble, elle est irrégulière dans ses détails ».

Nous envisagerons successivement la marche, la durée, la terminaison et le pronostic de la paralysie générale progressive pendant la guerre.

A) **Marche.** — Dans son précis de psychiâtrie, Régis écrit : « La paralysie générale progressive est une maladie essentiellement chronique et progressive. Lorsque sa marche est régulière, ce qui a lieu surtout dans la forme simple, démente, elle parcourt lentement et successivement ses diverses périodes sans à coups et sans interruption. Lorsque, au contraire, sa marche est

irrégulière, ce qui est fréquent par suite de toutes les associations morbides, somatiques et psychiques qui peuvent venir la traverser, son évolution offre des caractères spéciaux. Elle peut, dans ce cas, être plus rapide, plus lente, parcourir une de ses étapes sans presque s'y arrêter, s'immobiliser au contraire pendant un temps plus ou moins long à l'une d'elles, enfin rétrocéder ».

La maladie a-t-elle suivi une marche régulière chez les paralytiques généraux de guerre ? non. La plupart du temps, la période d'invasion et la période de début passaient inaperçues et les malades étaient admis à l'asile, à la période d'état, quelques jours seulement après avoir quitté leur unité où ils avaient compté comme soldats jusqu'au moment de l'évacuation. 62 % des malades arrivèrent ainsi à la période d'état ; il faut donc admettre que les deux premières périodes ont eu une durée très courte. Dans 45 cas, en effet, l'enquête faite par le corps, les certificats médicaux, ne signalèrent rien d'anormal dans la conduite antérieure des hospitalisés. Dans 7 cas, c'est à l'occasion d'une affection incidente bénigne quelconque pour laquelle le paralytique général se présentait à la visite, que le diagnostic fut fait.

Pareille constatation a fait écrire au Dr Lortat-Jacob : « La paralysie générale progressive brûle les étapes ». De même, le Dr Dupré admet les paralysies générales progressives accélérées et le Dr Duclos reconnaît l'action accélératrice des circonstances de guerre sur la paralysie générale progressive.

Il nous a été donné d'observer 10 cas de rémissions,

rémissions incomplètes, puisqu'il s'agissait d'une atténuation plus ou moins marquée de la plupart des symptômes, d'un arrêt dans l'évolution de la maladie. Alors que le pourcentage habituel des rémissions est d'environ 10 %, il n'atteint pas 8 % dans notre statistique. De son côté, dans son service d'aliénés militaires de Charenton, le Dr Mignot n'en a observé qu'un seul cas sur 17 malades. La rémission dans la paralysie générale progressive de guerre paraît donc moins fréquente que dans la paralysie générale progressive commune, habituelle.

5 des rémittents ayant été rendus à leur famille qui les réclamait, nous avons peu d'éléments pour rechercher la durée de la rémission. Chez les 5 malades restés à l'asile, elle continue et sa durée est respectivement de 14 mois, de 10 mois, de 6 mois (2 cas) et de 5 mois.

L'agent de rémission est le traitement, hygiénique (repos, abstinence alcoolique), ou tendant à prévenir, à combattre les auto-intoxications accidentelles possibles (constipation, insuffisance rénale, etc.). Cependant, si nous constatons l'apaisement, l'atténuation, la disparition d'un phénomène ou d'un groupe de phénomènes de nature épisodique, transitoire, le fond même de la maladie, l'affaiblissement intellectuel et l'ataxo-parésie, demeurent. En effet, le délire est subordonné à des lésions bien moins fixes que la démence ; il peut ne traduire que des réactions dynamiques, des perturbations fonctionnelles, tandis que les signes somatiques et démentiels reposent sur un substratum organique le plus souvent définitif et irréparable.

B) **Durée.** — L'opinion des auteurs est extrêmement variable quant à la durée de la maladie. Celle-ci a été fixée par Bayle à un an ou un an et demi, par Calmeil et Parchappe à un an, par Krafft-Ebing à trois ans, par Mendel de deux à quatre ans. Ball donne comme chiffres, de dix-huit mois à deux ans ; Dagonet, de deux à trois ans ; Luys, de quatre à cinq ans. Actuellement les auteurs, mieux avertis de la longue durée habituelle de la période prodromique et de la fréquence des rémissions, allongent le cycle évolutif possible de la maladie et lui assignent une durée qui peut atteindre dix et douze ans (Ballet, Magnan, Sérieux, Pierret et Paris).

Recherchant la durée de séjour des militaires paralytiques généraux à l'asile de Maréville, nous avons obtenu le tableau suivant :

Durée de séjour a l'asile

Moins d'un mois	9
De 1 à 3 mois	16
De 3 à 6 mois	20
De 6 à 9 mois	14
De 9 à 12 mois	12
De 12 à 18 mois	9
De 18 à 24 mois	5
Au-dessus de 24 mois	4
	89

Sur 89 malades décédés, 45 (c'est-à-dire plus de 50 %) meurent en moins de six mois, et 26 meurent en moins d'un an ; 18 seulement vivent plus d'un an. La durée moyenne de séjour est de sept mois et vingt-cinq jours,

durée bien inférieure par conséquent à celle de la paralysie générale progressive classique.

Que donnent les statistiques concernant les paralysies générales progressives de guerre, statistiques publiées au cours des dernières années ?

Le Dr Duclos (asile de Ville-Evrard, Service d'aliénés militaires) donne les chiffres suivants, portant sur les admissions du 25 mai 1915 au 25 mai 1917 :

Sur 126 cas de paralysie générale progressive, il a observé 30 décès, un quart des cas environ. La durée moyenne de leur évolution, comptée à partir du jour de l'évacuation, est de dix mois. Pour ceux des malades qui ont fait campagne, cette durée n'est que de huit mois (sur 11 cas) ; pour les autres, elle est de onze mois (19 cas).

Comme exemple de marche rapide de la maladie, le Dr Duclos cite le cas d'un maréchal des logis dont la syphilis remonte à dix ans qui, mobilisé au Tonkin, y passe les deux premières années de guerre, vient deux mois sur le front français. Evacué avec un affaiblissement intellectuel léger, il meurt cachectique neuf semaines plus tard.

Le Dr Mignot (médecin en chef de Charenton, Service d'officiers aliénés) a dressé une statistique concernant uniquement les officiers et il a obtenu les résultats suivants, sur 27 cas de paralysie générale progressive constatés :

Chez onze officiers ayant pris part aux opérations de guerre ou ayant vécu dans la zone de l'avant sous le feu de l'ennemi un temps appréciable, c'est-à-dire plusieurs mois, l'évolution a été la suivante :

Quatre fois, la durée a été inférieure à six mois ;

Trois fois, la durée a été inférieure à un an ;

Quatre fois, la durée a été supérieure à un an.

Ainsi, sur 11 cas de paralysie générale progressive chez des combattants, 7 ont évolué d'une façon anormalement rapide. Pour ces onze officiers, la durée de la maladie a été en moyenne de dix mois.

Chez seize officiers n'ayant pas pris part à la guerre, la durée moyenne de la paralysie générale progressive a été de trente-six mois. Dans un seul cas sur seize, l'évolution a été inférieure à un an.

De l'ensemble des statistiques, il résulte que nous pouvons fixer à huit mois la durée moyenne d'hospitalisation de la paralysie générale progressive chez le soldat combattant.

C) **Terminaison**. — Presque fatalement la mort survient, soit dans la cachexie et le marasme qui accompagnent la démence, soit à la suite de divers accidents. Enumérons d'abord les causes des 89 décès de paralysie générale progressive survenus à l'asile :

Causes du décès

Cachexie paralytique terminale. . . .	62
Ictus.	19
Broncho-pneumonie grippale.	3
Diarrhée rebelle	3
Pneumonie . . . , ...	1
Congestion pulmonaire	1
	89

69 % des décès sont donc survenus par cachexie paralytique. L'amaigrissement et l'exagération profonde de la démence marquent le début de la période terminale ; les forces décroissent, la fonte paralytique apparaît et le malade se cachectise. Arrivé aux phases ultimes, il présente le tableau de la déchéance la plus profonde et la plus lamentable ; il n'a plus rien d'humain, tombe véritablement à l'état d'animal inférieur et est réduit à un tube digestif (Régis).

21 % des décès sont survenus par ictus apoplectiformes ou épileptiformes ; 10 % ont été causés par des affections intercurrentes. Notons, parmi les accidents pouvant amener une issue fatale, les escarres et les infections secondaires qu'elles entraînent, l'asphyxie par bol alimentaire. Enfin, les complications pulmonaires telles que la pneumonie, soit la pneumonie vulgaire, soit la pneumonie de déglutition, mettent souvent un terme précoce à l'évolution morbide.

Nous avons aussi recherché comment se répartissaient les décès au point de vue des saisons. Sur 76 décès (survenus au cours des années 1915, 1916, 1917, 1918), 30 sont survenus pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre. Cette remarque confirme la notion que les paralytiques généraux progressifs meurent surtout à la chute des feuilles, au moment des premiers froids, alors que les brusques variations barométriques favorisent chez eux l'apparition des ictus (Motet).

D) **Pronostic.** Le pronostic de la méningo-encéphalite diffuse est, comme on le sait, toujours extrémement grave; nous venons de voir qu'il l'est davantage encore pour la paralysie générale progressive de guerre puisque tout semble bien démontrer que son évolution est plus rapide.

CHAPITRE IV

Appoints étiologiques probablement donnés par la guerre.

Avant de passer rapidement en revue les principaux appoints étiologiques probablement donnés par la guerre, nous croyons utile de dire quelques mots de la syphilis, principal facteur étiologique de la méningo-encéphalite diffuse, des modifications que nous avons remarquées dans l'âge moyen des malades, dans la durée de la période d'incubation de la maladie.

De tous les éléments étiologiques qui peuvent être relevés dans les antécédents des paralytiques généraux, c'est la syphilis qui est l'élément prépondérant; c'est cette infection qui domine de beaucoup toutes les conditions favorables à l'apparition de la paralysie générale progressive proprement dite. Vers la fin du XIX^e^ siècle, Régis signalait la grande fréquence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux et, en 1905, le professeur A. Fournier, dans une communication à

l'Académie de Médecine, disait que « la syphilis est le facteur étiologique prépondérant de la paralysie générale progressive ». La même année, notre maître le Dr A. Paris écrivait, dans une publication sur la paralysie générale progressive : « La paralysie générale progressive a pour cause prédisposante, constante, nécessaire, la syphilis ». Tous les auteurs admettent maintenant la syphilis au moins comme cause prédisposante nécessaire dans les antécédents des malades et, en 1916, le Dr Dupré affirmait son rôle en ces termes ; « La paralysie générale progressive relève nécessairement d'une syphilis ancienne ».

Nous avons recherché la syphilis dans les antécédents de nos paralytiques généraux, en nous basant sur les résultats de l'enquête faite à chaque internement, sur les certificats médicaux, sur les aveux des malades (en ce qui concerne les dires de ces derniers, nous nous sommes entourés de garanties en leur faisant préciser l'hôpital où ils ont été soignés, le traitement suivi, etc.).

Dans 41 cas sur 129, nous avons retrouvé la syphilis; dans 3 cas, elle a été niée. Nous n'avons pu étendre nos recherches aux 85 autres malades étant donnés l'état démentiel dans lequel ils se trouvaient et l'insuffisance des dossiers médicaux à fin d'admission à l'asile. La recherche de la réaction de Wassermann n'a malheureusement pu être faite que rarement, en raison de l'insuffisance du personnel et des ressources de l'établissement pendant la guerre.

Dans son service de Ville-Evrard, sur un total de 126 malades paralytiques généraux, le Dr Duclos trouva la syphilis avouée dans 31 cas; pour les mêmes raisons

que nous, ses recherches se trouvèrent limitées à ce nombre. Par contre, il put faire la réaction de Wassermann; elle fut positive dans 110 cas.

Il est à remarquer que nous n'avons eu en traitement pour paralysie générale progressive aucun indigène (algériens, marocains, sénégalais, annamites). Cependant, à diverses reprises, ils se sont trouvés nombreux dans la région, particulièrement en 1916 où la division marocaine tint un secteur pendant plusieurs mois. Le Dr Duclos fait la même constatation: sur 80 soldats indigènes en traitement pour maladie mentale, il n'a pas observé un seul cas de paralysie générale progressive.

Voilà une confirmation de la théorie d'après laquelle la paralysie générale progressive se retrouve où a pénétré la civilisation avec la multiplicité des causes de fatigue ou d'intoxication du système nerveux qu'elle entraîne à sa suite (Paris). Cela étant, il va de soi que la méningo-encéphalite diffuse est, dans les divers milieux sociaux, d'autant plus commune qu'y sont plus grandes la « civilisation » et la « syphilisation ». C'est ainsi que, dans notre statistique, les milieux urbains fournissent 69 pour 100 des malades, tandis que les milieux ruraux n'en fournissent que 31 %.

Il nous a paru intéressant de rechercher si la guerre avait apporté une modification dans l'âge moyen des malades. Cet âge, fixé à 45, 48 et même 50 ans du temps de Bayle, descend à 38 ans pour Régis et c'est surtout de 35 à 45 ans que s'observerait la paralysie générale progressive.

AGE AUQUEL A DÉBUTÉ LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Au dessous de 25 ans.	1
De 25 à 30 ans.....	8
De 30 à 35 ans..	21
De 35 à 45 ans.....	96
Au-dessus de 45 ans....	3

La moyenne serait ainsi de 37 ans, inférieure d'un an au chiffre indiqué par Régis. Pour le Dr Duclos, cet âge moyen serait de 36 ans pour les soldats du front, de 39 ans pour les soldats de l'intérieur alors que, chez les civils observés par lui avant la guerre, la moyenne était de 39 ans. Dans son ensemble, la paralysie générale progressive aurait donc été plus précoce au cours de la guerre.

Nous avons aussi recherché quel temps s'était écoulé entre l'infection syphilitique et l'apparition de la paralysie générale progressive; nous n'avons malheureusement pu recueillir de renseignements précis que dans 42 cas.

TEMPS ÉCOULÉ ENTRE L'APPARITION DU CHANCRE ET L'APPARITION DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

3 ans.	1	13 ans.	4
6 ans.	1	14 ans.	1
9 ans.	3	15 ans.	7
10 ans.	6	16 ans.	1
11 ans.	7	18 ans.	3
12 ans.	6	19 ans.	2

Il est admis qu'il s'écoule en moyenne de 12 à 14 ans entre l'infection syphilitique et l'apparition de la para-

lysie générale progressive et que l'âge auquel on est frappé de paralysie générale progressive est commandé par l'âge auquel on devient syphilitique. Le tableau ci-dessus nous donne une moyenne légèrement supérieure à 12 ans, c'est-à-dire moindre qu'en temps normal. De son côté, le Dr Duclos donne comme moyenne 12 ans pour les soldats du front et 14 ans pour ceux de l'intérieur, ce qui tend à prouver que la paralysie générale progressive est plus précoce chez les hommes ayant fait campagne.

Puisque tous les syphilitiques ne deviennent pas paralytiques généraux, qu'il n'y en a même qu'une infime proportion qui verse dans la paralysie générale progressive, il est de toute nécessité d'admettre chez ceux-ci l'existence d'une cause qui localise l'action de la syphilis sur le cerveau et encore en y produisant les lésions de la méningo-encéphalite diffuse.

La guerre a-t-elle eu un rôle localisateur pour la paralysie générale progressive ? les fatigues de la guerre ont-elles pu jouer ce rôle à l'égard d'une syphilis existante ? A notre avis, c'est absolument certain ; la rareté des paralysies générales progressives à marche normale chez les *soldats du front*, l'évolution rapide de la maladie, nous autorisent à penser que l'affection se développe sous l'influence d'un appoint spécial d'intoxications qui, dans beaucoup de cas, ont pu jouer aussi le rôle de causes occasionnelles au moins adjuvantes.

N'est-il pas tout naturel de voir cet appoint d'intoxications en partie conséquence des fatigues de la guerre et n'est-il pas tout indiqué de faire une place à l'alcoolisation continue, au tabagisme, au surmenage physi-

que, à l'insomnie, aux infections, à l'hygiène défectueuse, aux émotions, à la tension nerveuse causée par les bombardements, à la nourriture à base carnée, aux intempéries, aux auto-intoxications si multiples et si variées, aux vaccinations diverses répétées ? Comment ne pas voir un facteur étiologique important dans les traumatismes crâniens directs (contusions, plaies) ou indirects (commotion à distance), dans les traumatismes moraux, émotionnels ? La plupart des cas de paralysie générale progressive ne relèvent-ils pas plus ou moins de cette épreuve journalière, continue, constante, permanente, dont l'organisme n'arrive plus à faire les frais ?

Etudions rapidement les principales de ces causes.

Alcool. — Il est indéniable que le soldat s'est laissé aller à des excès alcooliques pendant toute la campagne. Au début des opérations, il fut incité à boire par les habitants des localités qu'il traversait ou dans lesquelles il cantonnait. Puis, le commandement lui attribua quotidiennement une ration d'eau-de-vie et une ration de vin qui, au cours des dernières années de guerre, était d'un litre. A cette quantité, il faut ajouter des distributions supplémentaires au moment des attaques et l'allocation fréquente de « quarts de vin » par les commandants de compagnie, quand le « boni » était trop élevé.

Mais c'est surtout au moment du repos, à la descente de la tranchée, que le « poilu » se livrait à la boisson. Heureux d'être sorti de la tourmente, incertain de l'avenir, il voulait profiter du présent et il s'enivrait. Des décisions furent prises relatives à la vente des

boissons alcooliques, à l'ouverture et à la surveillance des cabarets ; elles furent souvent négligées. De plus, par une sorte de contagion, ce désir de boire gagna des soldats auparavant très sobres. Le vin devint une nécessité pour la plupart des troupiers et une réflexion mille fois entendue était : « Pas de pinard, pas d'homme ».

Ces excès, ces écarts de régime ont certainement apporté des appoints d'intoxication devant jouer un grand rôle dans l'évolution de la paralysie générale progressive. Ils ne pouvaient qu'avoir des conséquences fâcheuses puisqu'ils ajoutaient des troubles gastro-intestinaux ou hépatiques à une toxémie résultant de fatigues, d'insomnie, de surmenage.

Tabac. — A l'abus de l'alcool s'associe très communément celui du tabac. Pendant la campagne, presque tous les soldats prirent l'habitude de fumer soit pour passer le temps, tromper l'ennui, vaincre le « cafard », soit simplement pour imiter les camarades ; aussi, la consommation du tabac ne cessa-t-elle de croître depuis 1914. Or, pour être d'un usage moins pernicieux que l'alcool, le tabac n'en est pas moins dangereux. Il frappe la mémoire, produisant parfois une amnésie aphasique nicotinique (G. Ballet) ; d'après certains auteurs, il donnerait lieu à des illusions sensorielles, à de l'excitation ou à de la dépression pouvant aller jusqu'à la stupeur.

Puisque l'intoxication nicotinique peut jouer un rôle dans la genèse des affections nerveuses, pourquoi ne lui en accorderait-on pas un dans l'apparition ou l'évolution de la paralysie générale progressive ?

Surmenage physique. — Pendant son séjour aux tranchées, le soldat avait à fournir un effort physique énorme. En secteur calme, sans parler de la faction aux créneaux, du rôle de guetteur aux postes d'écoute, il lui fallait accomplir de nombreuses corvées qui ne lui laissaient aucun repos. Le jour, c'étaient : le transport des munitions, des fils de fer barbelés, le nettoyage des tranchées, la construction des abris ; la nuit, c'étaient : les patrouilles, la pose des réseaux de fil de fer en avant des lignes. En secteur d'attaque, c'étaient : les préparatifs pour l'assaut ou la veille continue dans l'attente de l'attaque ennemie.

A ces causes de fatigue, nous devons ajouter celles provenant des intempéries. Au moment des pluies, l'eau pénétrait dans les abris, les tranchées, les boyaux de communication, y séjournait parfois fort longtemps : d'où obligation pour les hommes de rester fréquemment plusieurs jours, les pieds dans trente, quarante centimètres d'eau et plus. Nous nous rappelons, en particulier, les conditions défavorables dans lesquelles, le 15 mars 1915, notre bataillon prit part à une opération au bois Leprêtre, alors qu'il occupait le secteur depuis deux jours. Attaqué par un ennemi très supérieur en nombre, il dut céder les premières lignes et organiser la résistance dans des tranchées de soutien. Pendant trente-six heures, jusqu'au départ de la contre-attaque, les fantassins se maintinrent dans ces tranchées, avec de l'eau jusqu'aux genoux ; la fatigue était telle chez quelques-uns qu'ils s'endormaient debout.

De tels faits sont courants et se sont passés chaque jour tout le long du front. Comment ne pas rappeler le

souvenir de la défense de Verdun, secteur dans lequel les hommes montaient en ligne pour quatre jours, emportant ce qui leur était nécessaire pour cette période, le ravitaillement étant impossible ? Tapis dans des trous d'obus boueux, sans communications, isolés de tout, il leur fallait tenir et rester constamment en éveil. N'est-il pas tout naturel de voir dans ce surmenage une action favorisant l'éclosion et l'évolution de la paralysie générale progressive ?

Fatigue nerveuse. — La fatigue nerveuse était occasionnée surtout par les bombardements, par l'attente angoissante des attaques, par l'appréhension continuelle du danger. Au cours de la guerre qui vient de prendre fin, les bombardements ont été d'une violence inouïe et la dépense d'obus prodigieuse. Ces bombardements étaient d'autant plus terribles qu'ils étaient habituellement concentrés sur une petite surface. En mai 1915, au bois Leprêtre, on évalua à 10.000 le nombre d'obus de tous calibres tirés par l'ennemi en une heure, sur une zone d'une largeur de 300 mètres et d'une profondeur de 100 mètres. Il est facile de comprendre l'ébranlement nerveux qui en résultait pour ceux qui se trouvaient sous cette avalanche de mitraille ; cet ébranlement nerveux n'est-il pas une condition éminemment favorable au développement et à l'aggravation des auto-intoxications et des affections nerveuses en général ?

A ce propos, nous fûmes témoin d'un fait caractéristique, au cours de la campagne. Le 20 mai 1915, au bois Leprêtre, l'ennemi commença une préparation d'artillerie intense vers 14 heures, arrosant nos pre-

mières lignes et nos tranchées de soutien. Vers 15 heures, on vit le sergent C... abandonner sa section, prendre une hache qu'il se mit à faire tournoyer au-dessus de sa tête, puis partir dans la direction de l'ennemi. Il fut arrêté à temps, maintenu avec peine et conduit au poste de secours où nous remarquâmes qu'il présentait tous les symptômes de confusion mentale. Ce sergent que nous connaissions particulièrement était venu nous voir deux jours auparavant et ne présentait absolument rien d'anormal.

Puisque les bombardements peuvent déterminer un ébranlement nerveux favorable au développement d'une maladie qui relève incontestablement d'auto-intoxications comme la confusion mentale, pourquoi la paralysie générale progressive ne serait-elle pas occasionnée ou fâcheusement influencée par eux ?

Notre camarade, le médecin aide-major Bonnet a étudié, en première ligne, à l'oscillomètre Pachon « les effets immédiats des explosifs de guerre sur la pression artérielle », les variations de la pression artérielle sous l'influence des explosions d'obus de tous calibres tombant sur les abris ou à quelques mètres de soldats qu'il avait placés dans des conditions de sécurité relative aussi grande que possible : « Le tir de l'ennemi s'effectuait selon un rythme qui permettait de prévoir le moment où allait se produire un éclatement et de faire les préparatifs pour une observation assez précise. »

Voici les résultats qu'il a obtenus : « L'explosion d'un obus fait monter la pression maxima des sujets qui se trouvent dans le voisinage. La pression minima monte aussi, mais, en général, moins vite et d'une quantité

moins considérable. Le pouls subit en même temps une notable accélération qui ne semble cependant pas proportionnée à la variation de pression. Toute nouvelle explosion d'un obus augmente les effets précédemment énoncés jusqu'à une certaine limite, semble-t-il, variable probablement avec le sujet, la distance et la force des explosions. »

Etudiant l'explosion à la mélinite, le médecin aide-major Bonnet déclare : « Dans les débuts de l'explosion, il y a une forte proportion d'oxyde de carbone, ce qui explique les cas d'intoxication produits par l'explosion des projectiles ou des fourneaux de mine au voisinage d'abris mal ventilés. »

Enfin, il ajoute : « Il paraît certain que, si l'élévation de pression se trouve en quelques minutes régularisée par l'organisme intact, il n'en est plus de même lorsque l'organisme n'est plus sain. »

Ces résultats sont confirmés par M. le Professeur Etienne et par le Dr Richard dans une communication récente (la pression artérielle et les émotions de guerre, étude dans une ville bombardée) : « Toutes les émotions violentes agissent sur la tension artérielle ; elles produisent le plus souvent un court stade d'hypertension (de cinq à dix minutes) suivi habituellement d'une hypotension plus durable (de quelques minutes à deux ou trois heures). Une émotion atténuée, c'est-à-dire ressentie alors que sont réunies les meilleures conditions de sécurité, ne produit au sphygmomanomètre qu'une élévation insignifiante. Si elle se répète, les effets hypertenseurs s'ajoutent les uns aux autres ; chaque émotion élève la pression pour son propre

compte. Chaque émotion nouvelle trouve la tension artérielle un peu plus haute qu'elle n'était avant l'émotion précédente. »

Il est bien évident que le candidat à la paralysie générale progressive ne peut pas impunément être soumis à des causes aussi certaines de troubles circulatoires, de troubles de la circulation cérébrale notamment, que celles énumérées plus haut, d'autant plus qu'aux effets de l'explosion s'ajoute fréquemment quelque peu d'intoxication oxycarbonique.

S'il devient paralytique général peu de temps après s'être trouvé sous des bombardements, n'est-il pas rationnel d'admettre qu'il l'est très probablement devenu aussi rapidement parce qu'il a été soumis aux effets complexes des grandes explosions, des explosions répétées ?

Infections. — Il est admis que les intoxications et auto-intoxications aiguës, les infections aiguës ont sur les éléments nerveux de l'écorce une action identique ; elles peuvent déterminer une confusion mentale offrant presque l'ensemble des symptômes somatiques et psychiques de la paralysie générale progressive.

Etudions rapidement l'alimentation du soldat, l'hygiène aux tranchées et le rôle que ces deux facteurs ont pu jouer.

L'alimentation du soldat était à base de viande, parfois de viande fraîche, le plus fréquemment de viande frigorifiée. De plus, en secteur agité ou en secteur d'attaque, le combattant devait se contenter de conserves. La nourriture habituelle était donc particulièrement

riche en toxines et éminemment favorable à l'éclosion de troubles gastro-intestinaux ou hépatiques.

Quant à l'hygiène, elle laissait fort à désirer ; sans parler des soins de propreté corporelle, le voisinage de feuillées mal entretenues, de débris alimentaires en putréfaction, l'odeur cadavérique provenant de corps restés sur le champ de bataille, étaient une cause permanente plus ou moins grande d'intoxications. Nous eumes à plusieurs reprises l'occasion de nous en rendre compte. En janvier 1915, une attaque fut tentée contre la forêt de Mortmare, véritable repaire fortement organisé par l'ennemi. Nos vagues d'assaut, après avoir pénétré dans le bois, durent refluer dans les tranchées de départ, laissant de nombreux morts dans la zone neutre. Les corps ne purent être relevés, et, pendant de longs mois, les troupes tenant le secteur durent vivre dans ce milieu dégageant une odeur nauséabonde telle que beaucoup d'hommes en perdaient l'appétit et étaient sujets à des vomissements fréquents.

La nourriture, l'hygiène défectueuse, ayant été une cause continuelle d'intoxications, on ne peut méconnaître leur rôle dans la genèse des affections nerveuses.

Vaccinations. — Tous les médecins qui ont eu l'occasion de pratiquer des vaccinations antityphoïdiques ou antiparatyphoïdiques ont remarqué, qu'à la suite de ces vaccinations, se produisaient fréquemment des réactions consistant surtout en malaise général, céphalalgie, vertige, insomnie, rachialgie et fièvre. Ces troubles disparaissaient habituellement en deux ou trois jours ; ils persistaient parfois pendant quelques semaines. Chez certains sujets, les réactions étaient beaucoup plus vio-

lentes : la fièvre, élevée, s'accompagnait de troubles gastro-intestinaux, rénaux, hépatiques ; chez d'autres, apparaissaient des troubles psychiques, de la confusion mentale.

Alors que chez les soldats des jeunes classes les réactions étaient rares, bénignes, elles étaient plus nombreuses, plus graves, chez ceux des vieilles classes. L'âge le plus favorable à la vaccination serait de vingt à vingt-huit ans. Plus on avance en âge, plus les réactions sont nombreuses (Ducruet).

Les paralytiques généraux au début ou les candidats à la paralysie générale progressive ayant tous dépassé la trentaine ou à peu près, il s'ensuit que les réactions ont dû être particulièrement intenses chez eux, puisque leur système nerveux était tout spécialement préparé par l'infection syphilitique. On peut penser que les vaccinations doivent, chez certains sujets très menacés, surtout à la période dangereuse pour le syphilisé, contribuer sinon suffire à occasionner la paralysie générale progressive et qu'elles peuvent, chez les paralytiques généraux à la première période, imprimer une impulsion à l'évolution du syndrôme.

Traumatismes crâniens. — Les traumatismes crâniens pouvaient être directs (blessures par balles, par éclats d'obus, contusions, plaies) ou indirects (commotion à distance par éclatement d'obus). Si, au moment de l'éclatement, le candidat à la paralysie générale progressive était dans son état habituel de santé mentale et n'avait présenté précédemment ni troubles cérébraux, ni modification suspecte de l'intelligence et du caractère, il y a lieu d'admettre une relation de cause à effet entre

le traumatisme et la paralysie générale progressive, surtout si le traumatisme a été violent et a déterminé un ébranlement général intense.

Or, n'est-ce pas le cas pour la plupart des soldats qui se sont trouvés dans une zone battue par l'artillerie ? le traumatisme, dans ces conditions, a favorisé, précipité le début de la paralysie générale progressive ; le choc a créé en quelque sorte un lieu de moindre résistance où les germes infectieux, entraînés par le courant sanguin, trouveront des conditions favorables à leur développement, où les toxines auront une action plus rapide et plus profonde.

Chocs moraux et émotionnels. — Il est indéniable que jamais une variété et une quantité de chocs moraux et émotionnels aussi considérable n'a pu être observée que pendant la grande guerre. Alors que, pour certains soldats, ils étaient occasionnés par la mort du père, du frère ou d'un proche parent tombé au champ d'honneur, par la crainte de voir leur famille en danger (à la suite du séjour dans la zone du front ou à la suite de l'avance ennemie), pour d'autres, ils l'étaient par la nouvelle de la destruction de la maison paternelle, pillée, mise à sac. Pour les uns, c'étaient les soucis causés par les charges de famille qui prédominaient ; pour les autres, le choc moral était dû à la captivité avec toutes ses conséquences : mauvais traitements, nourriture insuffisante, manque de nouvelles.

Puisqu'on a souvent trouvé dans les antécédents des paralytiques généraux, des chagrins, des pertes d'argent, des frayeurs, comment ne pas admettre l'action des chocs moraux et émotionnels provenant de la guerre

d'autant plus qu'ils ont été la plupart du temps particulièrement intenses ?

On a fait l'objection que le rôle de la guerre, dans la majorité des cas, se réduisait à une action révélatrice, en raison de l'inadaptation du paralytique général à la nouveauté et aux difficultés du milieu qui troublent son automatisme et dévoilent sa déchéance. Cette objection pouvait être exacte pour les paralytiques généraux évacués au cours des premiers mois de la guerre, mais pas pour ceux qui ont fait une partie de la campagne. Pour ceux-ci, si la paralysie générale progressive existait à leur mobilisation, elle devait être tout à son début et le moins qu'on puisse dire c'est que chez eux la guerre a accéléré et aggravé la paralysie générale progressive.

CHAPITRE V

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Afin d'apporter un travail touchant à l'ensemble des questions relatives à la paralysie générale progressive de guerre, nous avons cru devoir ajouter un chapitre succinct concernant les obligations de la nation à l'égard du paralytique général ou de sa famille.

La question des « réformes, incapacités, gratifications » dans la paralysie générale progressive a été examinée à plusieurs reprises au cours de la campagne ; il s'agissait en effet de déterminer si le militaire devenu paralytique général, sa veuve, ses enfants, avaient droit à une pension, d'apprécier le quantum de cette pension.

En décembre 1916, à la suite d'une discussion à la Société de Neurologie, la conclusion suivante fut adoptée : « Dans tous les cas de paralysie générale progressive, réforme n° 2, sauf pour les cas exceptionnels où un traumatisme encéphalique peut être légiti-

mement invoqué dans l'accélération ou l'aggravation de la maladie, auxquels cas on peut appliquer un taux d'incapacité de 10 à 30 % ».

Cette conclusion sembla quelque peu radicale et exclusive à de nombreux médecins qui recevaient dans leur service des malades de cette catégorie provenant du front et ils provoquèrent un nouvel examen de la question. La discussion reprit le 7 juillet 1917 à la Société Clinique de Médecine Mentale, à l'occasion d'un rapport du Dr Pactet sur la la réforme des paralytiques généraux. Convaincu de l'action favorisante des circonstances de guerre, le Docteur Pactet estimait qu'une distinction devait être faite entre ceux qui sont restés à peu près constamment à l'intérieur, à qui la guerre n'a apporté ni perturbation totale de l'existence, ni surcroît de danger, et ceux qui ont passé un temps plus ou moins long sur le front. Il proposait d'établir en thèse générale que, pour admettre une relation de cause à effet entre l'apparition de la paralysie générale progressive et les fatigues de guerre, un certain temps de séjour au front serait nécessaire, 8 à 10 mois par exemple : « Je ne méconnais pas, ajoutait-il, tout ce qu'il y a d'arbitraire dans la fixation de ce délai, mais nous ne sommes plus dans le domaine de la discussion scientifique. Nous devons résoudre une question pratique.

Or nous savons qu'en fait d'accidents du travail, quand il s'agit de paralysie générale progressive traumatique, pour admettre la présomption de cause à effet entre le traumatisme et la maladie, on exige qu'il se soit écoulé de quelques mois à deux ou trois

ans entre le shock et l'apparition de celle-ci. La même régle ne pourrait-elle pas s'appliquer à l'espèce qui nous occupe ? D'ailleurs, quand un soldat est resté 8 ou 10 mois au front en faisant convenablement son service, sans s'être fait remarquer par des singularités de conduite, en admettant que la paralysie générale progressive existât déjà lorsqu'il y vînt, est-il juste d'invoquer un état plus ou moins hypothétique pour l'appréciation duquel on manquera le plus souvent de données positives et d'écarter à priori toute présomption de dommage ? Pourquoi le paralytique général serait-il placé à cet égard dans une situation moins favorisée que le tuberculeux, par exemple ? »

La circulaire du 15 octobre 1916 est en effet tout à fait caractéristique : « La réforme par congé n° 1 est prononcée pour infirmité ou maladie, soit contractée sous l'influence du service militaire, soit aggravée par le fait du service militaire. Aucun doute ne peut s'élever quand il s'agit d'infirmités ou de maladies directement occasionnées par le fait du service. Mais il en est autrement pour un certain nombre d'infirmités existant en germe, à l'état latent, ou encore à l'état initial, non perceptible ou peu grave chez les militaires au moment de leur incorporation.

« Ces infirmités ou maladies dites constitutionnelles, autrefois uniquement imputées à la constitution du porteur, peuvent manifestement être aggravées par les dangers, obligations ou fatigues du service militaire en général.

« Dans ces cas, la responsabilité de l'Etat est engagée et reconnue par le congé de réforme n° 1 ».

Dans son rapport, le Docteur Pactet concluait qu'il était tout indiqué d'appliquer cette circulaire à la paralysie générale progressive puisque, d'une part, l'existence chez un soldat qui a eu la syphilis, de la paralysie générale progressive en germe, à l'état latent ou encore à l'état initial non perceptible, ne faisait pas de doute et que, d'autre part, le rôle aggravateur des fatigues de guerre était reconnu.

Après une discussion à laquelle prirent part de nombreux aliénistes, dont les Docteurs Dupré, Lépine, Anglade, Roubinovitch, Vallon, Cestan, Laignel-Lavastine, Delmas, le vœu suivant fut adopté : « Paralysie générale, réforme n° 2 : sauf dans les cas où une enquête minutieuse aura démontré, en temps de paix et plus spécialement en temps de guerre, l'influence aggravante du service, de 60 à 80 % ».

Il nous paraît en effet médicalement légitime et militairement équitable de tenir compte des circonstances ayant provoqué un surmenage effectif, continu et prolongé, du système nerveux.

Le 31 mars 1919, paraissait au *Journal Officiel* une loi modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service. La question qui nous intéresse y était réglée par les articles suivants :

Article 3. — Ouvrent droit à pension :

2° Les infirmités causées ou aggravées par les fatigues, dangers ou accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service.

Il y a droit à pension définitive quand l'infirmité causée par la blessure ou la maladie est reconnue incurable.

Article 5. — Toutes les maladies contractées chez un militaire ou marin pendant la période où il a été incorporé ou pendant les six mois qui ont suivi son renvoi dans ses foyers sont présumées, sauf preuve contraire, avoir été contractées ou s'être aggravées par suite des fatigues, dangers ou accidents du service.

Article 6. — Toute décision comportant rejet de pension définitive ou temporaire devra, à peine de nullité, être motivée et préciser les faits et documents dont résulte la preuve contraire détruisant la présomption établie aux articles 3 et 5 de la présente loi.

Article 7. — La pension temporaire est concédée pour deux années, sauf en ce qui concerne les réformés temporaires qui n'y ont droit que pendant le temps où ils sont en position de réforme. Elle est renouvenable par périodes biennales, après examens médicaux. A l'expiration de chaque période, elle peut être, soit renouvelée à un taux inférieur, égal ou supérieur au taux primitif si l'infirmité n'est pas devenue incurable, soit convertie en pension définitive si l'infirmité est reconnue incurable, soit supprimée si l'invalidité a disparu ou est devenue inférieure à 10 %.

Article 14. — Ont droit à la pension :

2°) Les veuves des militaires et marins dont la mort a été causée par des maladies contractées ou aggravées par suite de fatigues, dangers ou accidents survenus par le fait ou à l'occasion du service ;

3°) Les veuves des militaires et marins morts en jouissance d'une pension définitive ou temporaire correspondant à une invalidité égale ou supérieure à 60 %, ou en possession de droits à cette pension.

Article 16. — En cas de décès de la mère ou, lorsqu'elle est inhabile à recueillir la pension, les droits qui lui appartiennent ou qui lui auraient appartenu passent aux enfants mineurs du défunt, selon les règles établies par les lois en vigueur en matière de pensions.

Article 17. — Si la veuve vient à décéder, laissant des enfants d'un précédent mariage dont le militaire défunt avait

été le soutien, ces enfants jouiront des mêmes avantages que les orphelins.

Article 18. — Si la veuve contracte un second mariage, elle peut, à l'expiration de l'année qui le suit et dans les conditions fixées par un règlement d'administration publique, renoncer à sa pension. Dans ce cas, elle a droit au versement immédiat d'un capital représentant trois annuités de cette pension et la pension est, en outre, si le défunt a laissé des enfants mineurs, transférée sur leur tête jusqu'à la majorité du dernier d'entre eux.

En outre, si la veuve qui se remarie et qui conserve sa pension a des enfants mineurs nés de son mariage avec le décédé, la jouissance de la moitié de la pension est déléguée à ces enfants jusqu'à la majorité du dernier d'entre eux. La jouissance des majorations leur appartient ».

Ainsi la question se trouve solutionnée dans le sens le plus large et le plus bienveillant.

CONCLUSIONS

La paralysie générale progressive a eu une évolution très rapide chez le soldat combattant; la durée moyenne d'hospitalisation a été de huit mois alors que la durée habituelle est de plusieurs années. Elle a été accélérée dans sa marche par les circonstances de guerre qui ont joué à son égard un rôle localisateur : l'affection s'est en effet développée sous l'influence d'un appoint spécial d'intoxications qui, dans beaucoup de cas, ont rempli le rôle de causes occasionnelles au moins adjuvantes. Nous citerons en particulier : l'alcool, le tabac, le surmenage physique et moral, la fatigue nerveuse, les infections, les vaccinations diverses répétées, les chocs moraux et émotionnels, les traumatismes crâniens directs ou indirects.

Par suite des conditions spéciales résultant du fait de la guerre (rapidité de la mobilisation, inadvertance des chefs, façon dont était passée la visite médicale, insuffisance de connaissances de beaucoup de médecins, d'aide-majors, sous-aide-majors, de médecins

auxiliaires, mutations fréquentes, insuffisance des connaissances du personnel de surveillance des détenus, insuffisance des instructions de l'autorité supérieure relative aux mesures précautionnelles à prendre avant l'envoi d'un militaire en conseil de guerre), la paralysie générale progressive a été le plus souvent méconnue ou diagnostiquée tardivement. De là nous semblent découler des indications de mesures grâce auxquelles le diagnostic des maladies mentales en général, de la paralysie générale progressive en particulier, pourra être posé d'une façon précoce.

Voici quelles pourraient être ces mesures :

1° Utilité d'exiger des médecins militaires des notions précises de psychiâtrie ou, tout au moins, des notions précises relatives aux maladies mentales les plus fréquentes chez le soldat : confusion mentale, mélancolie, démence précoce, excitation maniaque, paralysie générale progressive.

2° Utilité de donner aux chefs de section une instruction générale élémentaire, ce qui peut être fait facilement en une ou deux leçons annuelles par un médecin du corps. Ces leçons consisteraient en un résumé très bref des particularités, des troubles manifestes qui doivent faire penser à la maladie, à l'aliénation mentale. Les gradés, au courant de ces particularités, feraient appel au médecin dès qu'ils remarqueraient du changement dans l'attitude, dans la manière de servir d'un de leurs hommes. Ils éviteraient ainsi l'application de peines disciplinaires à des malades et hâteraient leur mise en traitement.

3° Des actes délictueux commis par des malades

méconnus ayant amené l'incarcération ou la mise en prévention de conseil de guerre sans examen médical des hommes qui n'étaient pas considérés comme pouvant être malades par les chefs de section, tout prévenu devrait être l'objet d'un examen par un médecin de compétence spéciale indiscutable. Ainsi seraient évitées de nombreuses condamnations d'aliénés que l'on a enfin reconnus malades plus ou moins longtemps après la condamnation.

4° Utilité d'établir une surveillance médicale périodique des maisons d'arrêt, d'exiger du personnel de surveillance des services de détenus quelques connaissances spéciales, de faire donner aux gardiens-chefs des instructions particulières afin qu'ils appellent l'attention du médecin sur les prévenus dont l'attitude, la manière d'être habituelle, le langage, etc., contrastent avec les manifestations de la mentalité de la majorité des incarcérés. Ne serait-il pas utile d'obliger les gardiens-chefs de prison à faire au moins un stage de quelques semaines dans un asile d'aliénés, aux côtés du surveillant général ? (Paris).

5° Ne serait-il pas prudent, autant dans l'intéret des hommes que dans l'intérêt de l'Etat, de soumettre à la fin d'une période d'instruction, avant renvoi dans leurs foyers, réservistes et territoriaux dont le service a laissé à désirer, à l'examen de médecins spécialisés ; ainsi pourrait être très avantageusement diminué le nombre des aliénés méconnus au moment d'une mobilisation générale (à laquelle il sera sage de penser toujours malgré les traités nouveaux). Si l'on avait procédé ainsi avant 1914, beaucoup de malades n'au-

raient pas été incorporés, n'auraient pas été considérés comme victimes de la guerre et n'auraient pas grevé le budget de la guerre. On a vu des hommes qui ont fait campagne pendant de longs mois alors qu'ils étaient aliénés depuis des mois ou des années avant la mobilisation ; ils ont été internés aux frais de la guerre et ils ont apporté à l'Etat des charges qui pouvaient être évitées.

Vu :
Nancy, le 2 Octobre 1919.
Le Président de Thèse,
P. PARISOT.

Vu :
Nancy, le 6 Octobre 1919
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 8 Octobre 1919.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM.
Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANTHEAUME et MIGNOT. — Les maladies mentales dans l'armée française.

ARNAUD. — Diagnostic de la paralysie générale progressive. Rapport de Toulouse (1897).

BAILLARGER. — Traité de la paralysie générale progressive. (Annales méd. psych, 1883).

BALL. — Leçons sur les maladies mentales.

BALLET et BLOCQ. — Article « Paralysie générale progressive » (Traité de Charcot-Bouchard).

BEAUSSART. — Evolution de la paralysie générale progressive en temps de guerre (Soc. clin. de méd. ment., 1917).

BOIRON. — Contribution à l'étude du diagnostic de la paralysie générale progressive (Thèse Paris, 1889).

BONNET. — Des effets immédiats des explosions de guerre sur la pression artérielle (Thèse Nancy, 1918).

BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses (Paris, 1895).

CHRISTIAN et RITTI. — Article « Paralysie générale progressive » (Dictionnaire Dechambre).

COULON. — Considérations sur la nature de la paralysie générale progressive (Thèse Paris, 1896).

DAGONET. — Nouveau traité des maladies mentales.

DELMAS. — La paralysie générale progressive et la guerre (Soc. méd. psych., 1918).

Drouet. — Diagnostic de la paralysie générale progressive (Annales méd. psych., 1871).

Duclos. — La paralysie générale progressive en temps de guerre (Soc. clin. de méd. ment., 1917).

Ducruet. — La vaccination antityphoïdique dans une division du front (Thèse Nancy, 1916).

Dupré. — Article « Paralysie générale progressive » (Traité de pathol. ment. de G. Ballet).

Etienne et Richard. — La pression artérielle et les émotions de guerre (Paris méd., 1919).

Falret. — De la folie paralytique (Thèse Paris, 1853).

Fursac. — Manuel de psychiâtrie (1903).

Garnier. — Les paralysies générales progressives; la folie à Paris (1890).

Gayet. — De la paralysie générale progressive (Thèse Lille, 1910).

Jacques. — Contribution à l'étude de la paralysie générale progressive (Thèse Montpellier, 1913).

Kahn. — La paralysie générale progressive et la guerre (Journal de méd. et chir. prat., 1919).

Klippel. — Les paralysies générales progressives (Arch. gén. de méd., 1898).

Lalande. — Etude sur la maladie de Bayle (Thèse Paris, 1899).

Lasègue. — De la paralysie générale progressive (Thèse Paris, 1853).

Lasègue. — Leçons cliniques sur la paralysie générale progressive (1883).

Luys. — Traité clinique et pratique des maladies mentales.

Magnan et Sérieux. — La paralysie générale progressive (1894).

Mairet et Vires. — De la paralysie générale progressive (1893).

Mignot. — Quelques statistiques sur la fréquence de la paralysie générale progressive (Soc. méd. psych., 1917).

Mignot. — L'évolution de la paralysie générale progressive chez les officiers combattants (Soc. clin. de méd. ment., 1917).

Pactet. — La réforme des paralytiques généraux progressifs (Soc. clin. de méd. ment., 1917).

Paris (A.). — La paralysie générale progressive (Arch. de neur., 1898).

Paris (A.). — La paralysie générale progressive (1905).

Paris (A.). — Paralytiques généraux progressifs condamnés et incarcérés (1913).

Paris (A.). — Aliénation mentale et état de guerre ; leurs rapports dans notre région (Soc. de méd. Nancy, 1915).

Paris (A). — Comment la paralysie générale progressive aurait trouvé un appoint de causes occasionnelles pendant la guerre (Soc. de méd. Nancy, 1917).

Paris (A.). — La durée de la paralysie générale progressive des civils (Soc. de méd. Nancy, 1918).

Pont. — Les indisciplinés dans l'armée (Thèse Nancy, 1912).

Raymond et Sérieux. — Article « Paralysie générale progressive ». (Traité de méd. de Brouardel et Gilbert).

Régis. — Précis de psychiâtrie.

Régis. — L'officier dans l'hygiène mentale du soldat (1908).

Séglas. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Paris, 1895).

Verhoogen. — Le diagnostic précoce de la paralysie générale progressive.

Voisin. — Traité de la paralysie générale progressive (Paris, 1879).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

CHAPITRE I. — Comment et pourquoi la paralysie générale progressive a été trop fréquemment diagnostiquée tardivement 7

CHAPITRE II. — Formes que la paralysie générale progressive a surtout affectées 39

CHAPITRE III. — Evolution. 55

CHAPITRE IV. — Appoints étiologiques probablement donnés par la guerre 63

CHAPITRE V. — Considérations médico-légales. 79

CONCLUSIONS 85

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 89

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY.